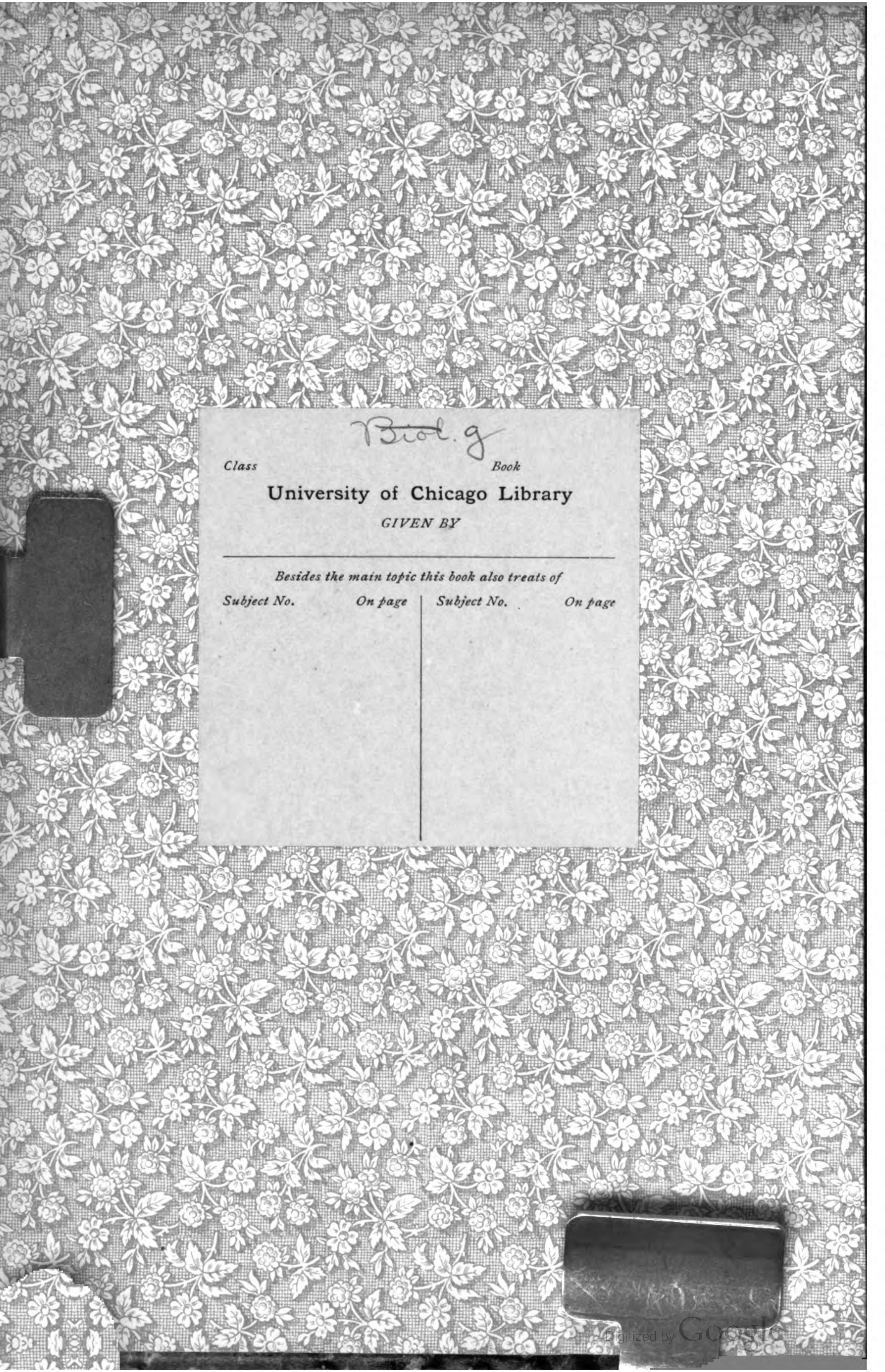
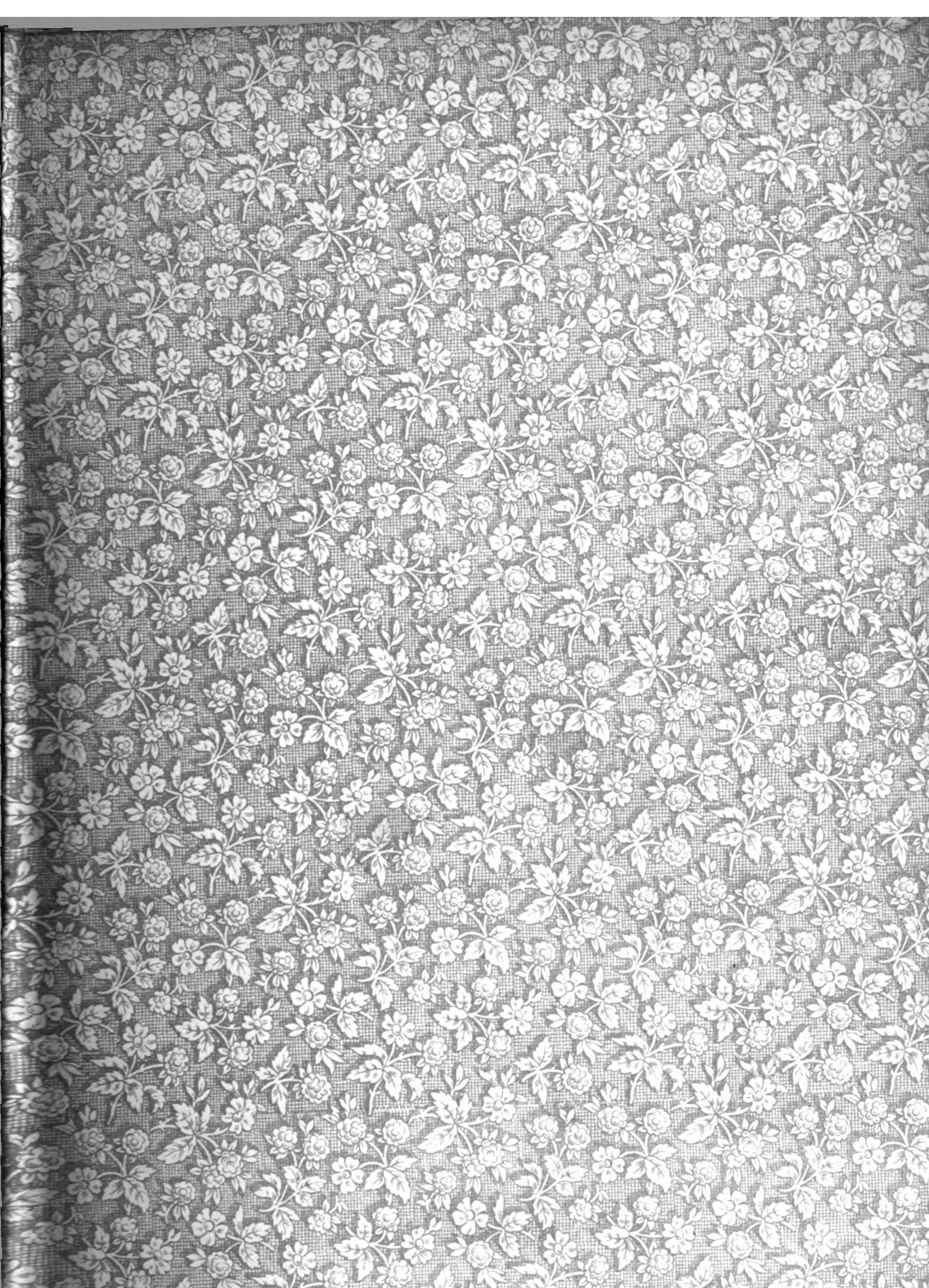
Zentralblatt für Nervenheilku... und Psychiatrie. Internationale ..





CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dem Begründer des Blattes,

Prof. Charcot in Paris, **van Deventer** in Amsterdam, **Dr. Ireland** in Preston-Pans, **Prof. Kowalewskij** in Charkow,

Prof. Lange in Kopenhagen, **Prof. Lombroso** in Turin, **Prof. Obersteiner** in Wien, **Prof. Seguin** aus New-York.

Redigirt von

Dr. Hans Kurella in Kreuzburg.

Das Centralblatt erscheint monatlich einmal in einer Stärke von drei Druckbogen und ist zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten. Der Abonnementspreis beträgt M. 16. Gegen Einsendung dieses Betrages an die Verlagshandlung erfolgt portofreie Versendung des Centralblattes unter Kreuzband im In- und nach dem Auslande. — Anzeigen (40 Pfennig die durchgehende Zeile) finden in dem Blatte zweckmässige Verbreitung.

1890.

XIII. Jahrgang. Neue Folge I. Band.



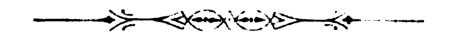
COBLENZ & LEIPZIG.

W. Groos, Königl. Hofbuchhandlung (Kindt & Meinardus).

Verzeichniss der Originalien.



Namen-Register.



Sach-Register.



Coblenz, Druck von Philipp Werle (Löhrstrasse 28).

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von
Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,
dem Begründer des Blattes,

Prof. Charcot in Paris, **Dr. van Deventer** in Amsterdam, **Dr. Ireland** in Preston-Lodge, **Prof. Kowalewskij** in Charkow,
Prof. Lange in Kopenhagen, **Prof. Lombroso** in Turin, **Prof. Obersteiner** in Wien, **Prof. Seguin** in New-York.

Redigirt von
Dr. Hans Kurella in Allenberg.

Verlag von W. GROOS, Königl. Hofbuchhandlung (Kindt & Meinardus).
Coblenz u. Leipzig.

XIII. Jahrgang. **1890 April.** Neue Folge I. Band.

Vorwort.

Das **Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychepathelogie** hat mit dem Ablauf des vorigen Jahres sein Erscheinen eingestellt mit einer die Motive nicht ganz erschöpfenden Begründung. Grösser als die in der letzten Nummer kundgegebenen Schwierigkeiten waren die, welche aus einem nothwendig gewordenen Verlagswechsel und aus der projectirten Umgestaltung des Blattes in die neue Form der **„internationalen Monatsschrift"** erwachsen mussten.

Nur während einer temporären Suspension des Blattes schienen dieselben ohne Störung durchführbar.

Wohl war ich mir bewusst mit der Suspension des Blattes eine Lücke in unserer specialistischen Publicistik zu schaffen — und es hat

sich doch bald ergeben, dass es eine grosse Lücke war — aber ich durfte vor diesem Schritte nicht zurückschrecken, wenn mir die reformatorische Umgestaltung des Blattes in dem Umfange und in der Vollendung gelingen sollte, wie ich sie für unsre Wissenschaft als nothwendig erkannt hatte.

Dank der treuen Mithülfe des Dr. Hans Kurella, der schon seit Jahren dem Centralblatte eine kräftige Stütze gewesen ist, und der auch für die Redactionsgeschäfte des neuen Blattes seine bewährte und gewandte Feder hergiebt, ist es mir gelungen diese Reformation durchzuführen.

Dank sage ich den Männern, die sich mit mir verbunden haben zur Herausgabe des Blattes, Dank allen Denen, die es mit literarischen Beiträgen zu unterstützen sich bereit erklärt haben.

Möge denn die **„neue Folge“** des Centralblattes, die **„internationale Monatsschrift für die gesammte Neurologie“** ein fördersames Werkzeug der Wissenschaft werden, berufen die Wahrheit zu erforschen, und die Forschungsergebnisse in den Dienst der Nächstenliebe und Humanität zu stellen — das ideale Endziel aller medicinischen Wissenschaft!

Dr. Albrecht Erlenmeyer.

Programm.

Mehr als je ist in dem letzten Decennium die Einheit der neurologischen Forschung und Praxis, die Untrennbarkeit der zahlreichen Einzelzweige unserer Disciplin zu Tage getreten. Diese Einheit drängt von selbst nach einer Zusammenfassung der sehr verschiedenartigen Strömungen, und die eigenthümliche Erscheinung, dass jedes der europäischen Culturvölker die Neurologie in einer ganz bestimmten, oft nicht von Einseitigkeit freien Richtung fördert, hat die Herausgeber bestimmt, den in den letzten Jahren immer schärfer hervorgetretenen *internationalen Charakter* des Centralblattes in den Vordergrund zu stellen.

Das Centralblatt will international sein und die charakteristischen Strömungen der europäischen Neurologie aus den Quellen selbst dem Leser zuleiten.

Es wird die berufenen Vertreter neuer, zukunftsreicher Richtungen persönlich zu Wort kommen lassen, und neben den flüchtigen, aber oft brennenden Tagesfragen die grossen Principienfragen unserer Disciplin stärker betonen, als die subtile Kleinarbeit an den gesicherten, festen Fundamenten unseres Wissens.

Der Schwerpunkt unserer Arbeit liegt im *Referat* und in der *Kritik*. Die Auswahl derjenigen Arbeiten, die ausführlich besprochen, wie derer, die nur kurz angezeigt werden sollen, wird unter Anwendung scharfer Kritik vorgenommen werden. *Kurze Originalaufsätze*, frei von ermüdender Casuistik, sollen über neue Entdeckungen, neue Heilmittel, neue Untersuchungsobjecte und Methoden berichten, kurze *Uebersichten* von Zeit zu Zeit das zerstreute Material vom Standpunkt eines centralen Problems zusammenfassen. *Statistische Mittheilungen* werden die Gestalt der europäischen Irrenfürsorge fortlaufend fixiren; an sie werden sich eine *Chronik des Anstaltswesens* und *Berichte zur Tagesgeschichte* anschliessen, die aus verwandten Forschungsgebieten, aus wissenschaftlichen Vereinen und aus dem öffentlichen Leben in seiner ganzen Breite Alles für Neurologie und Psychiatrie Wissenswerthe zusammentragen. Von Zeit zu Zeit soll ein *systematisches Verzeichniss* aller neuen Journalaufsätze und Bücher als Beilage zu dem Centralblatte ausgegeben werden. Wie weit das Centralblatt dieses Arbeitsprogramm wird realisiren können, möge man nach einem Blick auf die Namen der Mitarbeiter prognosticiren.

Auch hier kann die Theilung der Arbeit nicht umgangen werden. Wir haben desshalb zunächst die bedeutungsvolleren Unterabtheilungen unserer Disciplin unter die Mitarbeiterschaft besonderer Fachgenossen gestellt, die durch Rath und Anregung wirken und durch übersichtliche Zusammenfassung der Leistungen ihrer speciellen Gebiete thätig sein werden, ohne dadurch den übrigen Mitarbeitern irgend welche Einschränkungen aufzuerlegen. Es werden vorstehen der Bearbeitung der

Hirnanatomie	Dr. Helweg in Aarhus.
Mikroskop. Anatomie des Nervensystems und histolog. Methoden	Dr. Jelgersma in Meerenberg.
Physiologie, Psychologie, Anthropologie	Dr. Hans Kurella in Allenberg.
Psycho-Physik	Dr. Hugo Münsterberg in Freiburg.
Pathol. Hirn- und Rückenmarksanatomie	Dr. Albert Rosenthal in Warschau.
Craniologie, Degeneration, Verbrecher; Gefängnisswesen, Intoxicationen	Dr. C. W. Sommer in Allenberg.
Localisation, Herderkrankungen, Hirnchirurgie und Hirnsyphilis	Dr. Ludwig Goldstein in Aachen.
Nervenkrankheiten, Electrotherapie	Prof. Dr. Laufenauer in Budapest.

Epilepsie und Idiotie, centrale Neurosen	Dr. Hermann Wildermuth in Stuttgart.
Klinische Psychiatrie	Prof. Dr. Rabow in Lausanne (Cery).
Forensische Psychiatrie	Physicus Dr. Reinhardt in Hamburg.
Anstaltswesen und Statistik	Director Dr. Neuendorff in Bernburg und Dr. Morel, Médecin en chef des Hospice Guislain in Gand.

Ausser den bisher Genannten haben sich ferner zu Beiträgen bereit erklärt:

Dr. Ascher, Arzt an der Berliner Irrenanstalt zu Dalldorf. **Professor Dr. M. Bernhardt,** in Berlin. **Dr. Max Buch,** Director einer Curanstalt f. Nervenkranke in Wilmanstrand in Finnland. **Dr. G. Burckhardt,** Director der Irrenanstalt zu Préfargier. **Professor Dr. Domanski,** in Krakau. **Geheimer Hofrath Dr. Franz** in Bad Schwalbach. **Dr. Ernst Heddaeus,** Augenarzt in Essen a. Ruhr. **Dr. Hinze** in St. Petersburg. **Dr. Holtermann** in Neustadt (Mecklenburg). **Dr. Hoppe,** Arzt an der Ostpreussischen Irrenanstalt Allenberg. Director **Dr. v. Karczewski,** Privatanstalt zu Kowanówko, Provinz Posen. **Dr. König,** Arzt der Berliner Irrenanstalt zu Dalldorf. **Dr. Korsakow,** Docent der Psychiatrie an der Universität Moskau. Frau **Dr. K. N. Kowalewskaja** in Charkow. **Professor Dr. Freiherr von Krafft-Ebing** in Wien. **Dr. Landsberg,** Physicus in Ostrowo. **Dr. Langreuter,** II. Arzt der Irrenanstalt Eichberg. **Dr. Löwenfeld,** Arzt für Nervenkranke in München. Docent **Dr. A. Marro** in Turin. **Dr. Matusch,** II. Arzt der Irrenanstalt Sachsenberg. **Dr. Merklin,** II. Arzt der Irrenanstalt Riga-Rothenberg. **Dr. Moravcsik,** Docent an der Universität in Budapest. **Professor Dr. Müller** in Graz. **Dr. Otto,** Arzt an der Berliner Irrenanstalt Dalldorf. **Dr. Ottolenghi** in Turin. **Professor Dr. Rieger** in Würzburg. **Professor Dr. Ottomar Rosenbach** in Breslau. **Dr. J. Ruhemann** in Berlin· **Dr. Schnierer** in Wien. **Dr. Salgó,** Primararzt der Irrenanstalt in Budapest. **Dr. Carl Schaffer** in Budapest. **Dr. Tonnini,** Director der Irrenanstalt in Girifalco. **Dr. Strauscheid** in Berlin. **Professor Dr. Verstraeten** in Gand. **Dr. Virgilio,** Director der Irrenanstalt in Aversa. **Sanitäts-Rath Dr. Voigt** in Oeynhausen. **Dr. Winklewski,** Arzt der Privatanstalt in Kowanówko.

Die officiellen Sprachen des Centralblattes sind Deutsch, Französisch und Englisch.

Die Herausgeber. **Der Redacteur.**



I. Originalien.

I.

Les progrès récents de l'Anthrepologie Criminelle.[1]

Par le Professeur C. LOMBROSO.

S'il est vrai qu'une grande fécondité est la preuve d'une bonne santé, je crois que l'école d'anthropologie criminelle n'a besoin d'aucun autre témoignage pour démontrer qu'elle est bien vivante et qu'elle se porte très bien; quoique quelques gens prétendent qu'elle est mort-née; et quoique, en mauvais chrétiens, ils n'aient garde de lui refuser même le baptême et le nom qu'on donne pourtant toujours aux pauvres innocents. *Che mai non fur vivi* (Dante).

Il y a quatre ans seulement qu'au milieu de l'étonnement des ennemis du progrès moderne, on a vu se rassembler à Rome 128 savants[2]) qui étaient venus de toutes les parties de l'Europe, nous apportant les dernières découvertes de cette science nouvelle et déjà mûre, découvertes qu'une merveilleuse exposition, confirmait expérimentalement. — Mais depuis ce moment, le mouvement (ce n'est pas une exagération de l'affirmer) a redoublé de vitesse et d'intensité.

Les nouvelles observations foisonnent de tous côtés.

I. LES EPILEPTIQUES ET LES CRIMINELS.

Le problème le plus important, résolu seulement à demi, au congrès de Rome, celui de la concomitance de l'épilepsie avec la criminalité congénitale, a été maintenant complété par les études de Verga, Pinero, Brunati, Marro, Gonzales, Tonnini, Lucas et par moi.

La série des cas d'épilepsie larvés avec conscience presque complète, s'est complétée par les études généalogiques des familles épileptiques, par leur filiation (Marro) de criminels, de phtisiques et de parents vieux (Marro).

Il faut aussi y ajouter les nouvelles études de Venturi sur la *folie transitoire* (1888), de Krafft-Ebing sur les *psychopathies sexuelles*, les aliénations que nous avons prouvées se rapprocher bien des fois, par leur intermittence, de l'amnésie, érotisme des épileptiques.

La ressemblance des criminels avec les épileptiques se trouve aussi dans le retard de la calvitie et de la canitie, et dans les analogies de l'échange moléculaire; elle se complète par la statistique qui nous montre selon Alongi 14 p. 100, selon Marro 12 p. 100 et selon Rossi jusqu'à 33 p. 100 d'épilepsie convulsive chez les criminels.

---

[1]) Die folgenden Mittheilungen erscheinen in erweiterter Form im Lauf des Jahres als Buch bei Alcan, Paris. Die Redaction.

[2]) *Actes du premier congrès d'anthropologie criminelle*, 1887 Rome.

J'ai trouvé chez tous les deux la tendance au vagabondage, l'obscénité, la paresse, la vanité du délit, la graphomanie, l'argot, le tatouage, la dissimulation, l'absence de caractère, l'irritabilité instantanée, la mégalomanie, l'intermittence dans les sentiments et dans l'intelligence, la lâcheté, même retard dans l'équation personnelle relativement aux gens normalement constitués. Même vanité. Même penchant à se contredire et à tout exagérer. Même irritabilité morbide, caractère mauvais, lunatique et soupçonneux. Même obscénité.

J'ai moi-même et avec mon collègue Frigerio observé que les jours d'orage, où les accès des épileptiques deviennent plus fréquents, les hôtes des prisons deviennent plus dangereux, déchirent leurs vêtements, brisent leur mobilier, frappent leurs surveillants. Dans certains cas, il y a chez les fous moraux et chez les coupables-nés une sorte d'aura qui précède le délit et le fait pressentir; il y avait, par exemple, un jeune homme dont la famille s'apercevait qu'il méditait un vol quand il portait continuellement la main au nez, habitude qui finit par le lui déformer. Quant à l'éclipse de mémoire, après l'accès délictueux, elle a été observée par Bianchi sur quatre fous moraux, et l'on sait aussi que les enfants, ces criminels temporaires, ont l'oubli facile de leurs méfaits.

Dernièrement Agostini vient de combler la seule lacune qui, peut-être, pouvait faire douter de cette analogie.

Agostini[1]) a examiné la sensibilité chez 30 épileptiques avant et après l'accès. Le nombre de ses observations monte à 103. Il en conclut: que la sensibilité générale est moindre chez les épileptiques que chez l'homme sain; et elle présente chez eux des phénomènes de latéralité, qui sont en rapport avec la plagiocéphalie et avec l'augmentation d'excitation dans une des hémisphères; cette différence augmente après les convulsions.

Les réflexes cutanés sont plus faibles, mais après l'accès ils deviennent plus vifs que dans les individus sains. La sensibilité du goût, du tact, de l'odorat est toujours amoindrie et aussi la sensibilité électrique: tandis que l'acuité visuelle et le sens chromatique sont presque normaux sauf le rétrécissement du champ visuel après l'accès. Tout cela est tout à fait semblable à ce qu'on observe chez les fous moraux et chez les criminels-nés.

Mais le rôle de l'épilepsie s'étend bien loin; dans les alcooliques, dans les hystériques, dans les psychopathes sexuels, dans bien des fous: il suffit de lire tout ce qu'autrefois on disait des monomanes homicides pour y retrouver les caractères de l'épilepsie psychique. Son rôle va jusqu'à nous donner, peut-être, la clef du mystère du génie — ce qui nous sera bien utile pour éclaircir les cas des criminels de génie; et les intermittences géniales de bien des fous moraux et des coupables.

[1]) *Sur les variations de la sensibilité générale chez les épileptiques.* Florence, 1889.

Aujourd'hui,[1]) en effet, d'après les études entièrement concordantes des cliniciens et des expérimentateurs, l'épilepsie se résout en une irritation localisée de l'écorce cérébrale, se manifestant avec des accès tantôt instantanés, tantôt prolongés, mais toujours intermittents et reposant toujours sur un fond dégénératif, soit héréditaire, soit prédisposé à l'irritation par l'alcool, par des lésions craniennes, etc. — Nous entrevoyons alors une autre conclusion, que j'ai essayé de prouver dans mon *Homme de Génie:* c'est que la création géanile peut-être une forme de psychose dégénérative appartenant à la famille des *épilepsies.* Ce qui le prouverait, c'est que le génie dérive fréquemment des alcooliques, de vieillards, d'aliénés;[2]) c'est l'apparition du génie à la suite de lésions à la tête;[2]) ce qui l'indique, ce sont les frequentes anomalies, spécialement d'asymétrie cranienne[2]) et de capacité tantôt trop grande et tantôt trop faible;[2]) c'est la fréquence de cette folie morale,[2]) à laquelle s'ajoutent aussi souvent les hallucinations, la précocité vénérienne et intellectuelle, et non rarement le somnambulisme; la fréquence du suicide qui est, d'autre part, très commun chez les épileptiques,[3]) l'intermittence et surtout les amnésies et les analgésies, la tendance fréquente au vagabondage, la religiosité qui se manifeste jusque chez les athées comme chez Comte, les étranges terreurs dont bien des fois (W. Scott, Byron, Haller) ils sont saisis, la double personnalité, la multiplicité des délires simultanés, si commune chez les épileptiques,[4]) et que nous avons vue être presque constante chez eux; la fréquence des délires, même produits par des causes minimes, et le même *misonéisme,* le même rapport avec la criminalité, dont le trait d'union se trouve dans la folie morale. Ajoutez-y l'origine et la descendance de criminels et d'imbéciles que l'on trouve constamment dans les familles, qui ont des génies ou des épileptiques, et qui peuvent être constatées dans les tableaux cités des familles des Césars et de Charles V[5]), la passion étrange pour le vagabondage et pour les bêtes que j'ai trouvée aussi souvent chez les dégénérés, et surtout chez les épileptiques[6])

Les célèbres distractions des grands hommes ne sont très souvent, écrit Tonnini, que de simples absences épileptiques.[7])

Mais qui le prouve plus encore, c'est cette insensibilité affective, cette perte de sens moral qui est générale chez tous les génies aliénés et non

---

[1]) Voir mon *Homme de Génie* 1888. Alcan.

[2]) Voir mon *Homme criminel,* 1888.

[3]) Voir mon *Homme criminel,* p. 601.

[4]) *Encéphale,* n° 5, 1887.

[5]) Voir les tableaux dans Dejerine, ouvr. cité.

[6]) *Hommen Criminel,* p. 590. — Mohamet avait une prédilection éfrange pour son singe; Richelieu pour son écureuil; Crebillon, Helvetius, Bentham, Erskine pour les chats: ce dernier aussi pour une sangsue!! Schopenhauer pour les chiens qu'il a nommés ses héritiers. Byron avait une vraie ménagerie avec 10 chevaux, 8 chiens, 3 singes, 5 chats, 5 paons, 1 aigle, 1 ours; Alfieri pour ses chevaux. (Smiles).

[7]) Les *Epilepsies,* p. 19. Turin, 1886.

aliénés, et qui fait de nos grands conquérants des brigands sur une large échelle [1])

De telles conclusions pourraient sembler étranges à ceux qui ne savent point combien est étendu le domaine de l'épilepsie; aujourd'hui, on sait que des hémicranies, des scialorrées intermittentes et des simples amnésies doivent être rattachées à l'épilepsie; ainsi que de très nombreuses formes monomaniaques ne sont que des épilepsies larvées, puisque leur apparition, comme l'a montré Savage, fait souvent disparaître toute trace de l'épilepsie préexistante. Il suffirait de rappeler ici la foule des hommes de génie de premier ordre qui ont été saisis d'épilepsie motrice, ou de ce vertige, ou de cette rage morbide qui n'en sont qu'une variante, un équivalent;[2]) ces hommes sont: Napoléon, Molière, Jules César, Pétrarque, Pierre le Grand, Mahomet, Haendel, Swift, Richelieu, Charles V, Flaubert, Dostojewski et Saint Paul.

Maintenant, pour qui connaît la loi binaire ou sérielle de la statistique, suivant laquelle aucun phénomène ne se produit qui ne soit l'expression d'une série nombreuse de faits analogues, moins distincts, une telle fréquence de l'épilepsie chez des hommes — grands parmi les grands — doit nous en faire soupçonner la diffusion bien plus vaste parmi tous les autres hommes de génie, qu'on ne le croirait tout d'abord, et nous aider à saisir la conception de la nature épileptique du génie.

A cet égard, il est important de remarquer aussi comment chez ces grands hommes malades la forme convulsive de l'épilepsie est apparue très rarement; or on sait que les épileptiques, dont la convulsion est plus rare, présentent l'équivalent psychique, qui est ici la création géniale, plus fréquente et plus intense.[3])

Mais le parallelisme du génie avec l'épilepsie nous est prouvé surtout, par l'analogie de l'accès épileptique avec le moment de l'inspiration, par cette inconscience active et puissante qui crée dans l'un et produit des convulsions dans les autres. Et ce qui comble la démonstration c'est l'analyse de l'inspiration créatrice, qui, même aux yeux de ceux qui ignoraient les récentes découvertes sur la nature de l'épilepsie, la leur manifeste;[4]) non seulement parce qu'elle s'associe fréquemment à l'insensibilité dolorifique, non

---

1) Voir plus haut p. 564.

2) Schentone, Darwin, Swift, W. Scott étaient atteints de vertiges (Smiles).

3) Voir *Homme criminel*, part III, p. 623.

4) „Il y a une fatalité (écrit Goncourt) dans le premier hasard qui vous dicte l'idée. Puis c'est une force *inconnue, une volonté supérieure,* une sorte de nécessite d'écrire qui vous commandent l'œuvre et vous mènent la plume; si bien que quelquefois le livre qui vous sort des mains, ne vous semble pas sorti de vous-même; il vous étonne comme quelque chose qui était en vous et dont vous n'aviez pas conscience. C'est l'impression que j'éprouve devant *Sœur Philomène*". *Journal des Goncourt.* Paris 1888.

Buffon même qui avait dit: *que l'invention dépend de la patience,* ajoute: il faut regarder longtemps son sujet: alors il se déroule et se développe peu à peu: *vous sentez un petit coup* d'électricité qui vous frappe à la tête, et en même temps vous saisit le cœur; voilà le moment du génie.

seulement à cause de l'irrégularité du pouls, de l'inconscience souvent somnambulique de l'instantanéité, de l'intermittence, mais aussi parce qu'elle s'accompagne de mouvements convulsifs (v. s.), parce qu'elle est suivie souvent d'amnesie. qu'elle est souvent provoquée par des substances, ou par des conditions qui produisent ou augmentent l'hypérémie cérébrale, ou par des sensations puissantes, et parce qu'elle peut se transformer en hallucinations ou leur succéder.

Cette ressemblance de l'inspiration avec l'accès épileptique nous est signalée par une preuve plus directe, plus intime, les confessions mêmes des grands épileptiques, qui nous montrent comment l'un se confond complètement avec l'autre. Telles sont les confessions de Goncourt.[1]) de Buffon, mais plus encore de Mahomet et de Dostojewski. „Il y a des moments, écrit ce dernier *(Bési)* — et cela ne dure que cinq ou six secondes de suite, où vous sentez soudain la présence de l'harmonie éternelle. Ce phénomène n'est ni terrestre, ni céleste, mais c'est quelque chose que l'homme, sous son enveloppe terrestre, ne peut supporter. Il faut se transformer physiquement ou mourir. C'est un sentiment clair et indiscutable. Le plus terrible, c'est l'effrayante netteté avec laquelle il s'accuse, et la joie dont il vous remplit. Si cet état dure plus de cinq secondes, l'âme ne peut y résister et doit disparaître."

„Au milieu de l'abattement, du marasme mental, de l'anxiété qu'éprouvait le malade, il y avait des moments où son cerveau s'enflammait tout à coup, pour ainsi dire, et où toutes ses forces vitales atteignaient subitement un degré prodigieux d'intensité. La sensation de la vie, de l'existence consciente, était presque décuplée dans ces instants rapides comme l'éclair."

Zola, dans les *Romanciers naturalistes*, nous donne cette confession de Balzac „il (l'écrivain de génie) opère sous l'empire de certaines circonstances, dont la réunion est un mystère. Il ne s'appartient pas, il est le jouet d'une force éminemment capricieuse: tel jour pour un empire il ne toucherait pas son pinceau, il n'écrirait pas une ligne."

„Un soir, au milieu de la sève, un matin en se levant, ou au sein d'une joyeuse orgie, il arrive qu'un charbon ardent touche ce crâne, ces mains, cette langue tout à coup; un mot réveille les idées, elles naissent, grandissent, fermentent. Tel est l'artiste, humble instrument d'une volonté despotique, il obéit à un maître."

C'est sans doute à cette même seconde que faisait allusion l'épileptique Mahomet quand il disait „qu'il visitait toutes les demeures d'Allah *en moins de temps qu'il n'en fallait à sa cruche d'eau pour se vider*".[1])

Rapprochons, maintenant, cette description de l'accès qu'on pourrait appeler psychique-épileptique, et qui correspond exactement à l'idée physiologique de l'épilepsie (irritation corticale) avec toutes les descriptions que les auteurs eux-mêmes nous ont donnée de l'inspiration géniale[2],) et nous verrons combien est parfaite la correspondance qui existe entre ces deux phénomènes.

---

[1]) Dostojewski. *L'Idiot.* Paris 1889.

[2]) L'homme de Gènie p. 27, 29, 30, 31, et 468.

Ajoutons que pour certains d'entre eux, ce n'est pas seulement quelque rare paroxysme, mais l'existence entière qui rappelle la symptomatologie psychique de l'épileptique. — Bourget observe que „pour les Goncourt la vie se réduit à une série d'attaques d'épilepsies entre deux néants". (*Nouveaux essais de psychologie,* 1888. p. 179). Et les Goncourt ont fait toujours de l'autobiographie. — Mais il suffira, pour tous, de jeter un coup d'œil sur le tableau que nous trace Taine du plus grand des conquérants modernes et sur le portrait que nous donne Renan du plus grand des apôtres. Ces analogies nous expliquent comment on peut trouver une grande intelligence chez les criminels nés, qui sont pourtant des imbécilles moraux, des idiots du sentiments.

M. Ch. Féré[1]) avait déjà constaté que, chez les épileptiques, pendant l'aura, la pression artérielle (mesurée à l'aide du sphygnomètre de M. Bloch) augmentait de 288 à 388 grammes. Cette pression forte se maintient pendant la période convulsive, puis tombe au-dessous de la normale, quand l'accès est terminé, et peut rester alors, pendant plusieurs jours, de 388 à 488 grammes inférieure à la normale. Dans le simple vertige épileptique, les mêmes modifications s'observent, mais elles sont moins durables. Suivant ces indications, M. Féré était arrivé, en diminuant la pression sanguine par une application de la ventouse de Junod ou par des bains sinapisés, à suspendre les attaques, chez des épileptiques, dans le cours d'accès sériels, et il tirait des résultats ainsi observés cette conclusion, que l'augmentation de pression paraît être une des conditions physiologiques de la production des paroxysmes épileptiques sous toutes leurs formes.

Or les rapports qui existent entre les paroxysmes épileptiques et l'augmentation de la pression artérielle expliquent comment les efforts violents, les émotions vives peuvent jouer un rôle important comme cause déterminante des accès. En effet il existe, dans ces conditions, une augmentation de pression, bien connue quand il s'agit de l'effort, et que M. Féré, dans des recherches récentes, a également constatée et étudiée dans certaines émotions.

D'une part, lors de ces mouvements de colère auxquels sont sujets les épileptiques à propos de la moindre provocation, cet observateur a pu enregistrer une augmentation de pression qui peut atteindre les chiffres trouvés au début de l'accès proprement dit, ce qui justifie le rapprochement qui a été fait entre la colère et les paroxysmes psychiques chez les épileptiques; mais il a constaté, d'autre part, que cette modification de la tension artérielle se retrouve dans la colère simple, chez tous les individus. Ayant eu l'occasion entre autres, d'examiner un cocher à la fin d'une querelle, M. Féré a trouvé que cet homme marquait une pression de 1,100 grammes. Il n'avait plus que 800 grammes une heure après.

Ces chiffres montrent que, sous l'influence de la colère, la pression artérielle peut augmenter d'un quart. On peut comprendre ainsi le rôle de cette émotion et des emotions analogues dans la production des ruptures

---

[1]) *Revue scientifique,* 1889.

des vaisseaux ou du cœur, lorsqu'il existe préalablement des altérations de structure de ces organes.

Ces observations, qui mettent en évidence la similitude des phénomènes physiologiques qui accompagnent les décharges émotionnelles et les décharges convulsives, prouvent, en toute rigueur, qu'il n'y a pas de distinction fondamentale à établir entre ces deux manières d'être; ce que prouve Venturi[1]) par ses études sur le tempérament épileptique, outrancier, excessif en tout, et on voit, alors, qu'aux mouvements peu violents, à la rougeur, aux larmes, aux jugements des personnes en état normale, correspondent les convulsions, les hallucinations, la fureur, la congestion, le délire de l'épileptique. C'est question des degrés.

On ne doit pas oublier, non plus, qu'il y a une forme d'épilepsie sans convulsion, consistant en vertiges. Cette dernière, la plus profondément perturbatrice, d'après Esquirol, s'accompagne, plus fréquemment que l'autre, de tendances vénériennes, homicides, frauduleuses, incendiaires, chez des gens réputés honnêtes auparavant. Toutes les fois qu'on observe, chez les jeunes délinquants surtout, une certaine périodicité intermittente, des impulsions délectueuses, il y a lieu de soupçonner leur nature épileptique. D'après Trousseau, quand un individu, sans motifs, commet un homicide, on peut affirmer qu'il a agi sous l'influence de l'épilepsie.

Sergi, dans une de ses dernières publications: *Les dégénérations humaines*,[2]) place les criminels au nombre des dégénérés; il va même jusqu'à affirmer qu'ils sont la synthèse de toute dégénération; à partir des formes les moins nettes jusqu'aux plus accentuées, aussi bien quant aux caractères physiques que quant aux caractères psychiques, la manifestation de la criminalité est multiforme et variée. De fait, selon lui, il n'est pas d'anomalie, pas de maladie ou autre dégénérescence physique et mentale qui ne se retrouve chez le criminel.

Il importe cependant d'avertir ici le lecteur qu'il fonde une conception de la dégénération individuelle et des causes qui la produisent sur le principe Darwinien de la survivance, l'un des facteurs essentiels de la lutte pour l'existence. Il a constaté une survivance même parmi les faibles qui ne périssent pas tous, ainsi qu'on serait tenté de le croire au premier abord; les faibles survivant, toute fois, se contentent d'occuper une position inférieure, et sont par conséquent des êtres inférieurs en regard de ceux qui occupent une position normale, c'est-à-dire des forts.

Les conditions extérieures de la dégénération se trouvent dans le milieu ambiant, tant physique que social; parmi les causes internes, il faut mentionner tout d'abord l'hérédité. Cependant on voit toutes les causes, tant extérieures qu'intérieures, s'entrecroiser entre elles et exercer toutes ensemble une action commune, de façon que l'activité de chacune en particulier devient à peu près impossible à préciser.

---

1) *Archivio de Psichiatria,* 1889.

2) Milan. *Bibliothèque Scientifique Internationale,* 1888.

S'il ne s'agit pas toujours dans les criminels de dégénérescence physique dans le développement général du corps, ou de quelque maladie héréditaire ou acquise, la dégénérescence est fonctionelle et se manifeste par des causes externes qui troublent le fonctionnement régulier des éléments vitaux. Si la dégénération n'accuse pas des conditions externes immédiates, elle accuse l'hérédité; et si ni l'une ni l'autre de ces causes ne se manifeste d'une manière apparente, d'autres conditions se rencontrent dans le milieu social et dans le cours de la vie individuelle, qui influent sur la décadence du caractère psychologique de façon à produire une décadenée finale dans les conditions somatiques; il n'est pas, du reste de circonstance infime dans les relations sociales qui n'exerce, selon Sergi, une influence fatale sur la conduite.

Mais en disant que le criminel est un dégénéré, nous n'avons fait, écrit Sergi, qu'employer une expression essentiellement générique pour l'étiologie du crime; en disant qu'il existe des causes soit extérieures, soit intérieures qui occasionnent la dégénération dans laquelle tombe le délinquant, nous n'avons fait que formuler une notion générale qui peut s'appliquer également aux autres catégories de dégénérés, non criminels.

Qu'il y ait ou non accompagnement de désordres mentaux chez le délinquant, le processus psychique du crime devra toujours être considéré comme morbide. Et à défaut d'autres preuves, il s'en trouverait une de grande valeur dans la transformation des processus psychiques morbides par le moyen de l'hérédité, par laquelle le crime, la folie, le suicide se trouvent intimement liés entre eux. Des criminels et des fous peuvent descendre d'individus portés au suicide; des fous peuvent donner naissance à des criminels et à des suicides; des criminels, enfin, engendrer des suicides et des fous, souvent sans type spécifique, ni de maladie mentale, ni de criminalité. Ce qui revient à dire qu'il y a transformation du caractère morbide et non annulation de l'essence morbide.

Cette forme, cyclique, héréditaire, rend compte des faits et des conditions des faits sur lesquels on discute pour l'interprétation de la nature de l criminalité. Il est excessivement rare de rencontrer dans l'anamnèse d'un délinquant une hérédité morbide qui ne soit pas celle du crime, du suicide, de la folie ou de quelque affection morbide ayant affinité avec celles-là, l'épilepsie, par exemple, l'idiotisme et leurs congénères.

La dégéneration mentale, donc, choisit dans l'hérédité des formes multiples et variées, en se transformant. Mais un fait singulier c'est que cette dégénération s'associe à la dégénération physique de tous les types, à celle en particulier qui assume des formes pathologiques générales.

Ces faits une fois constatés, un nouveau problème se présente. Ce processus morbide du criminel a-t-il un caractère spécifique qui serait déterminé par l'influence d'autres formes morbides? Est-il un phénomène psychico-pathologique ayant des caractères qui lui sont propres, phénomène qui paraît parfois isolé, sans concomitance d'autres affections psychiques ou d'autres maladies congénitales ou acquises? Ou bien est-il purement et simplement une conséquence, un effet de l'influence pathologique générale sur les fonctions psycho-cérébrales?

Voici comment il répond lui-même à sa propre demande:

Il est prouvé que les aliénés n'ont pas tous des impulsions criminelles; de même que les individus qui se trouvent dans des conditions morbides d'une nature différente ne présentent pas tous des tendances au crime. Cependant il est des criminels, qui, sans donner l'indice de maladies mentales, ont néanmoins des anomalies pathologiques, athosiques ou fonctionnelles qui supposent naturellement l'existence de structures vicieuses latentes. Il en conclut: 1° que chez certains individus seulement les processus morbides déterminent un nouveau processus pathologique qui a pour effet direct la criminalité; 2° que ce qui peut déterminer ce processus spécial à tendance criminelle, dérive directement de conditions cérébrales, comme dans les maladies mentales, et indirectement d'autres conditions morbides qui influent sur les fonctions du cerveau; 3° que chez d'autres individus, ce processus pathologique à tendance criminelle se développe en conconmitance des maladies mentales proprement dites et de l'épilepsie qui troublent les fonctions normales du cerveau, les détériorent et y causent des déviations plus encore que les autres maladies; 4° que ce processus pathologique du crime, comme celui des autres affections mentales, empêche la formation d'un organisme de caractère.

Ainsi le criminel paraîtrait avoir une condition pathologique spéciale, déterminée dans la plupart des cas par d'autres processus ou d'autres conditions spéciales. Cette conception se trouverait en connexité avec le fait de la transformation dans l'hérédité morbide, folie, suicide, épilepsie, criminalité et autres manifestations diverses.

M. Virgilio, dans une étude faite recemment sur Passanante, le mattoïde, régicide, dont j'ai fait la diagnose il y a douze ans, arrive à ces conclusions fort importantes sur la nature de la criminalité.[1])

1° Les tendances criminelles se transmettant héréditairement des parents aux enfants, et des survivants aux diverses branches directes et collatérales, il y a lieu de croire que les tendances criminelles sont la révélation d'une organisation particulière.

2° Cette organisation doit être considérée comme anormale pour autant qu'elle porte l'empreinte de toutes ces marques dégénératives qui prouvent que l'embryogénésie et le développement ultérieur de l'homme s'éloignent extrêmement de l'individu physiologique.

3° La criminalité poussant fort souvent sur un terrain héréditaire, plus ou moins voisin de la folie, on la voit, comme celle-ci, pulluler et s'élever fréquemment des bas-fonds d'une race criminelle; force est donc d'admettre que l'origine des deux faits est identique et a sa source dans un caractère psychique anormal, qui s'affirme, tantôt par l'une, tantôt par l'autre de ces manifestations.

4° Qu'il en soit réellement ainsi, cela est prouvé doublement; d'abord par le fait que la folie éclate souvent au milieu d'une carrière criminelle,

---

[1]) *Giovanni Passanante e la natura morbosa del delitto.* Roma, Loescher, 1888.

puis par l'apparition de tendances criminelles au cours de diverses maladies mentales qui ne portent en elles-mêmes aucune raison pathologique de se manifester par des actes criminels.

5⁰ Etant donnée l'hérédité d'origine des deux faits, leur nature intrinsèque devrait nécessairement être identique aussi. Or, la folie étant une maladie, la nature de la criminalité ne pourrait être que morbide également.

II. ANOMALIES MORPHOLOGIQUES.

CERVEAU. — Nous citerons seulement les *anomalies des circonvolutions cérébrales* qui, pour bien des raisons, paraissaient se soustraire aux recherches scientifiques, parce qu'on n'avait pas encore pu saisir complètement leur type normal. Lemoine nous a signalé chez un cleptomane, ex-membre de la Commune, une anomalie unique jusqu'ici dans la science, la fusion congénitale de deux lobes frontaux *(Archives d'Anthropologie criminelle, 1886)*. Hotzen *(Befunde am Gehirn einer Muttermörderin, 1886)* décrit chez Marie Kauster, qui à quinze ans avait tué sa mère, pour en hériter, et qui n'avait pourtant montré aucune anomalie psychologique, une *pachiméningite hémorrhagique*, une atrophie des circonvolutions frontales et du lobe occipital qui ne couvrait pas le cervelet; et un grand nombre de segmentations atypiques dans les circonvolutions, surtout de l'hémisphère gauche.

Lambl *(Westphal. Archiv für Psychiatrie 1889)* a trouvé une complète porencephalie avec destruction des racines de la circonvolution frontale ascendante chez une jeune escroque.

Richter a présenté à la Société de psychologie de Berlin, un cerveau de criminel, avec bifurcation de la scissure de Rolando. *(Archives de Neurologie, 1885.)* Fallot *(Bulletin de la société d'Anthropologie, 1889)*, Benedikt, Brown, Tenchini, Welligk et Mingazzini ont observé cinq fois sur 112 criminels, un vrai operculum occipital, c'est-à-dire une plus grande profondeur du deuxième pli de passage, ce qui est très rare dans les cerveaux normaux, très fréquent dans les microcéphales (4 sur 12). La séparation de la scissure calcarienne de l'occipitale a été observée par eux sept fois sur 112 criminels; sur 100 hommes honnêtes une fois, et sur 12 nègres une fois.

Un autre fait qui est maintenant bien assuré, c'est le plus grand développement du cervelet qui contraste avec le volume du cerveau; même les femmes criminelles qui ont toujours le minimum des anomalies étaient en cela très voisines des mâles. Le poids du cervelet et de ses annexes était de 153 grammes, tandis que chez les femmes honnêtes il est de 147 *(Archivio Psichiatria IX. 612)*, chez les mâles il va jusqu'a 169.

Tous les observateurs confirment la fréquence des communications anormales des circonvolutions et cela dans des cerveaux bien souvent plus volumineux que chez les autres anomalies; ceci est confirmé par la prophétie de Broca qui fut le père de l'anthropologie, et, par là, l'ancêtre de l'anthropologie criminelle. (Schluss folgt).

II.

Zur „Abschaffung des Strafmaasses".

Von Dr. W. SOMMER in Allenberg.

Eine in Deutschland noch wenig bekannte Institution auf dem Gebiet des modernen Strafvollzuges sind die sogenannten Reformatorien in den Vereinigten Staaten von Nord-Amerika. Es sind dies Anstalten, in denen jugendliche und daher praesumtiv noch besserungsfähige Sträflinge durch eine möglichst individualisirende Behandlung einer wirklichen Besserung zugeführt werden sollen. Die Strafdauer hängt daher nicht so sehr von der Schwere des vergangenen Verbrechens ab, als von dem Verhalten des Sträflings in der Anstalt selbst. Die „Abschaffung des Strafmasses" wie sie Kraepelin in seiner bekannten Abhandlung gefordert hat, ist im Staate New-York bereits seit 1876 in praxi durchgeführt, wenigstens für jüngere und nicht rückfällige Verbrecher. Sie werden vom Gerichtshofe „auf unbestimmte Zeit, bis zum Eintritt der Besserung" den Reformatorien überwiesen. Um jedoch bei vorhandener Unverbesserlichkeit die Strafdauer selbst bei kleinem Vergehen nicht leicht zu einer lebenslänglichen zu machen, ist ein Maximum derselben festgesetzt und zwar entspricht dies der längsten Strafdauer, die überhaupt für die incriminirte Handlung im Strafgesetzbuch angedroht ist.

Die Entscheidung, wann nun ein Sträfling wieder der Gesellschaft zurückgegeben werden darf, liegt in der Hand der Direction, die sich annährend in ähnlicher Weise von der erzielten Besserung zu überzeugen sucht, wie man sich in Irrenanstalten über Genesung eines Irren informirt. Um jedoch eine objective Grundlage für die Beurtheilung der Besserung zu haben, ist eine Eintheilung der Sträflinge in mehrere Classen vorgesehen, und die Versetzung aus einer derselben in die nächst höhere hängt einerseits von dem Ausfall gewisser Prüfungen, andererseits von dem Erwerbe einer gewissen Zahl von Marken (für gute Führung, Fleiss etc.) ab.

Jeder Sträfling hat eine Minimalzeit, die durch die Erfahrung auf 12 Monate fixirt ist, in dem Reformatorium zuzubringen; die weitere Dauer der Strafe hängt, wie gesagt, von dem Verhalten des Sträflings selbst ab. Hat man sich von seiner Besserung überzeugt, hat er sich also einige Monate in der obersten Classe befunden, so wird er zu einer Art von Abiturientenprüfung zugelassen und der Ausfall derselben entscheidet über seine vorläufige Beurlaubung. Dieselbe ist natürlich stets widerruflich und erst nach erprobter guter Führung kann dann eine definitive Entlassung erfolgen.

Das grosse „Reformatory" zu Elmira (N.-Y.) dessen Jahresberichte mir Dank der Collegialität des Hausarztes Dr. Wey vorliegen, ist mit einem Kostenaufwande von ca. 7,5 Million Mark errichtet worden. Es ist ein prachtvoller Bau, auf einem kleinen Hügel in schöner Landschaft gelegen und mit hygienischen Einrichtungen ausgestattet. Es enthält neben ausgedehnten Werkstätten, Magazinen, Arbeits- und Turnplätzen 765 Einzelzellen. Da aber die durchschnittliche Belegung im Jahre 1888/89 etwa 922 Sträf-

linge betrug und da eine weitere Steigerung derselben mit Sicherheit zu erwarten steht, so ist für die nächste Zeit ein Anbau für 500 neue Zellen geplant.

Seit der Eröffnung des „Reformatory" sind 3637 Verbrecher daselbst aufgenommen worden. Von diesen standen 57,9% im Alter zwischen 16 und 20 Jahren, 31,8% im Alter von 20—25 J. und 10,3% im Alter von 25—30 J. 93,6% hatten sich eines Vergehens wider das Eigenthum und 6% eines solchen wider die Person schuldig gemacht. Hervorzuheben dürfte auch sein, dass 13,7% von geisteskranken oder epileptischen Eltern herstammten. 38,7 resp. 11% stammten ausserdem von Säufern, resp. von Trinkern ab, — Zahlen, die für die Biologie des Verbrechens nicht von geringer Bedeutung sind. Von sämmtlichen aufgenommenen Verbrechern starben übrigens nur 3 durch Selbstmord und 27 in einer Irrenanstalt.

Von 2295 Urlaubern konnten nach möglichst lange Zeit fortgesetzter Beobachtung ihrer weiteren Führung 1540 definitiv entlassen werden; nur 174 wurden aus dem Gesicht verloren, ehe ihr Urlaub beendet war. Unfreiwillig kehrten in die Anstalt zurück 130 und freiwillig (in Folge von Arbeitsmangel etc.) 20. Es starben 9 während des Urlaubes, 45 wurden wegen neuer Vergehen verurtheilt, und noch unter Controlle stehen 111 Mann. Von dem gesammten Abgange haben nur 266 in Folge Abbüssung des Strafmaximums ihre Entlassung erhalten. Von den 1540 Beurlaubten haben 8,9% dies Ziel nach 12 Monaten, 25,9% nach 15, 16,2% nach 18, 20,4% nach 24, 81,9 nach 36 Monaten und nur 9,7% nach noch längerem Anstaltsaufenthalte erreicht.

Die Kosten haben im Etatsjahr 1888/89 im Ganzen 137109 Dollars = 40,8 Cent pro Kopf (fast 1,70 M.) betragen, wovon in den früheren Jahren fast $^2/_3$ durch die Arbeit der Insassen wieder gedeckt werden konnte. Im letzten Jahr ist der Arbeitsverdienst wesentlich geringer gewesen, da durch ein im Interesse der freien Handwerker erlassenes Gesetz die Gefängnissarbeit ausserordentlich eingeschränkt werden musste. Ja, um überhaupt nur die Insassen zu beschäftigen, wurde aus ihnen ein Regiment von 803 Mann mit den nöthigen Officieren, Unterofficieren und Spielleuten formirt und nach jeder Richtung militärisch ausgebildet.

Schulunterricht, Exercieren und eine nur auf wenig Stunden beschränkte Beschäftigung mit Handwerken etc. stellen die erziehlichen Mittel dar, auf welche seit dem Erlass jenes Gesetzes im August 1888 das Reformatorium lediglich angewiesen ist. Doch scheinen die Tage des Gesetzes gegen die Gefängnissarbeit bereits gezählt zu sein und erst nach seiner Aufhebung wird das reformatorische Princip in seiner ganzen Kraft wieder wirksam werden.

Es sei noch erwähnt, dass das „Reformatory" eine eigene Zeitung „Summary" für seine Insassen herausgibt und dass es eine Bibliothek von ca. 4000 Bänden sein eigen nennt.

Aehnliche Reformatorien finden sich ausser im Staate New-York noch in Massachusetts, Ohio, Pensilvania und Kansas.

II. Referate und Kritiken.

1) Richard Geigel (Würzburg): Die Circulation im Gehirn und ihre Störungen. (Virchow's Archiv Bd. 119. Heft 1. 1890.)

Hier tritt uns der gewiss originelle Versuch gegenüber die Schwierigkeiten der Blutcirculation im Gehirn auf mathematischem Wege zu lösen. Leider müssen wir ein paar Ausdrücke mit in den Kauf nehmen, die gerade zu entsetzlich sind. Die regelrecht vor sich gehende Durchfluthung der Gehirncapillaren mit arteriellem Blut heisse Eudiaemorrhysis; Störungen dieser Art im negativen Sinne wäre Adiaemorrhysis (wahre Anaemia cerebri im älteren Sinne), solche im positiven Sinne Hyperdiaemorrhysis (wahre Hyperaemia cerebri).

Die Schnelligkeit des Blutkreislaufes in den Gehirncapillaren wird mit g bezeichnet. Sie ist direct proportional dem arteriellen Drucke a, und umgekehrt proportional dem Widerstand, der sich der Blutströmung entgegenstellt. Dieser Widerstand sei w. Es ist also

$$1)\ g = \frac{a}{w}.$$

Wie gross w ist, mag unerörtert bleiben, jedenfalls ist es direct abhängig von der Grösse des intracerebralen Druckes d; je mehr dieser wächst, desto mehr werden die Capillaren und Venen verengt, desto grösser wird der Widerstand — und umgekehrt. Es ist also ganz allgemein w eine Function von d, oder

$$2)\ w = f\,(d).$$

Nun wäre, wenn der arterielle Druck z. B. bei frei in die Schädelhöhle mündenden Arterien sich einfach auf den incompressiblen Inhalt der ersteren fortsetzen würde, nach hydrostat. Gesetzen der intracerebr. Druck gleich dem arteriellen also d = a. Dieser Fortpflanzung des art. Druckes auf den Inhalt der Schädelhöhle stellt sich aber die Spannung der Arterienwand entgegen und es ist der Druck in geschlossenen Hohlräumen gleich dem intraarteriellen Druck minus dem Widerstand, den die Spannung der Gefässe leistet. Also ist

$$3)\ d = a - s$$

wobei s = der Grösse der Spannung der Arterienwand. Aus dieser 3. Gleichung folgt

$$4)\ g = \frac{a}{f\,(a-s)}.$$

Nimmt man nun den patholog. Fall an, dass der arterielle Druck sich nicht geändert, die Spannung der Arterienwand aber nachgelassen, sich um x vermindert habe, dann wäre für diesen Fall der neue Druck $a^1 = a$, die Spannung $s^1 = s - x$, der neue Druck wäre $= d^1$, die neue Stromgeschwindigkeit $= g^1$ zu setzen. Nach Gleichung 1 und 2 hätten wir in diesem neuen Fall

$$g^1 = \frac{a^1}{f\,(d^1)} = \frac{a^1}{f\,(a^1 - [s - x])} = \frac{a^1}{f\,(a^1 - s + x)}$$

oder weil $a^1 = a$ angenommen wurde,

$$g^1 = \frac{a}{f\,(a - s + x)}$$

Vergleicht man diese Gleichung mit der Gleichung 4, so ergiebt sich, dass im rechtsstehenden Quotienten nur der Nenner sich geändert hat und zwar grösser geworden ist, der ganze Quotient und also auch g^1 ist demnach kleiner geworden, also $g^1 < g$. Nicht mathemathisch ausgedrückt heisst das, die Strömungsgeschwindigkeit in den Capillaren ist kleiner geworden (Adiämorrhysis). Nach unseren bisherigen Anschauungen hätte man das Gegentheil erwarten sollen, denn bei einer Erweiterung der arteriellen Hirngefässe unter sonst gleichbleibenden Verhältnissen denkt Jeder an eine Hyperaemia cerebri.

Nehmen wir einen zweiten pathol. Fall an und zwar auch wieder ein Gleichbleiben des arter. Druckes aber eine Zunahme der Spannung der Arterienwand um y. Also $a^1 = a$; $s^1 = s + y$. Es drückt sich die Blutgeschwindigkeit für diesen Fall in folgender Formel aus.

$$g^1 = \frac{a^1}{f\,(d^1)} = \frac{a^1}{f(a^1 - s^1)} = \frac{a^1}{f\,(a^1 - [s + y])} = \frac{a}{f\,(a - s - y)}.$$

Vergleichen wir mit Gleichung 4, so sehen wir den rechten Nenner kleiner geworden, den ganzen Quotienten gewachsen, also auch g^1, also $g^1 > g$. *Dadurch ist der positive Beweis erbracht, dass eine Steigerung der Blutgeschwindigkeit in den Capillaren durch ein Mittel herbeigeführt werden kann, von dem es bisher Niemand geglaubt hatte, nämlich durch spastische Verengerung der Hirnarterien.*

Es kann nun nicht nur die Spannung der Gefässe, etwa durch Sympathicus-Lähmung oder Reizung, sondern auch der arterielle Druck durch verminderte oder vermehrte Herzthätigkeit variiren. Daraus ergeben sich im Ganzen 9 mögliche Combinationen, welche durchzuarbeiten für den Leser etwas langweilig sein würde. An einem *concreten* Falle soll aber doch noch gezeigt werden, wie die mathematische Methode verwerthbar ist. Nehmen wir an, dass bei einem normalen Menschen durch irgend einen Einfluss die Herzarbeit gesteigert wird. Die erste Folge davon ist eine Zunahme des Druckes in den Gehirnarterien, vielleicht um die Grösse y, also $a^1 = a + y$. Dabei werden die Gefässwände etwas gedehnt und bei gleichbleibender Innervation der Vasomotoren wächst auch ihre Spannung, etwa um x, also $s^1 = s + x$. Bei diesen Verhältnissen lautet die Formel für die Capillarströmung

$$5)\ g^1 = \frac{a^1}{f\,(d^1)} = \frac{a + y}{f\,(a + y - s^1)} = \frac{a + y}{f\,(a + y - s - x)}.$$

Dem rechtsstehenden Quotienten ist es zunächst noch nicht anzusehen, ob er gleich, grösser oder kleiner ist als $\frac{a}{f\,(a - s)}$ in Gleichung Nro. 4. Das hängt offenbar von den Grössenverhältnissen zwischen y und x ab.

Nehmen wir an x sei = y. Dann ist $g^1 = \frac{a + y}{f\,(a - s)}$; hier ist der Zähler allein gewachsen, mithin $g^1 > g$. Nehmen wir zweitens an x sei > y. Dann wird erst recht $g^1 > g$, denn hier wird im Quotient auch noch der Nenner verkleinert.

Bei der dritten Annahme, $x < y$ bleibt die Frage, ob der Quotient gewachsen oder kleiner geworden sei, zunächst noch unentschieden, denn

sowohl der Nenner, als der Zähler sind grösser geworden, es ist also $g^1 \gtreqless g$.

Man kann hier annehmen, dass die Vermehrung der Gefässspannung sich proportional verhält der Vermehrung des arteriellen Druckes, woraus sich für das Verhältniss zwischen x und y ergiebt: $x = y. \frac{s}{a.}$ Da nun $\frac{s}{a}$ immer ein ächter Bruch ist, so ist $x < y$. Für die oben gesetzte Annahme der einseitigen Steigerung der Herzaction und der darausfolgenden *secundären* Vermehrung der Wandspannung konnte nur die dritte Möglichkeit des Verhältnisses zwischen x und y nämlich $x < y$ in Frage kommen d. h. der Zuwachs der Spannung ist kleiner als der Zuwachs des arter. Druckes. Und daraus folgt, dass die neue Capillargeschwindigkeit kleiner oder grösser sein kann als die alte, was abhängig ist von der Differenzgrösse zwischen x und y. Es braucht aber nur ein ausserhalb des art. Druckes liegendes Moment hinzuzukommen um die Wandspannung zu erhöhen, eine Hyperdiämorrhosis zu erzeugen. Die Grösse dieses Zuwachses wollen wir hier übergehen; dass er in den Vasomotoren, besonders in den Vasoconstrictoren liegt, weiss Jeder. Ein näheres Eingehen auf die Durchführung der oben erwähnten 9 Möglichkeiten ist hier nicht angängig; es genüge den Schluss zu wiederholen, den Verf. aus seinen Berechnungen mit Nothwendigkeit zieht: dass *die Geschwindigkeit des Blutes in den Capillaren in viel höherem Maasse vom Grade der Gefässspannung als von der Höhe des arteriellen Drucks abhängig ist.*

Einen zahlenmässigen Ausdruck des Einflusses der Spannung auf die Eudiäm. entnehme man folgender Berechnung: Nach dem Gesetz von Poisseuille verhalten sich unter sonst gleichen Bedingungen die Ausflussmengen aus Capillarröhren wie die vierten Potenzen der Durchmesser. Nimmt man den arter. Druck rund gleich 200 mm. Hg., die Gefässspannung gleich 199,37 mm. Hg. an, so erhält man für den intracraniellen Druck eine Grösse von etwa 0,63 mm. Hg., eine Grösse, die ungefähr dem von Leyden hierfür experimentell gefundenen Werthe entspricht. Aendert sich nun bei gleichbleibendem arter. Druck die Gefässspannung nur in sehr geringem Grade, etwa um 0,03 mm. Hg., steigt also auf 199,4, wodurch der intracranielle Druck auf 0,6 mm. Hg. verringert wird, so lehrt eine Rechnung, dass die Ausflussmenge aus den Capillaren auf das Anderthalbfache steigt.

Durch den vom Verf. erbrachten Beweis, dass bei durch Spannung verengten Arterien das Gehirn besser mit Blut versorgt wird, bei Lähmung der Vasoconstrictoren schlechter, sind alle unsere bisherigen Vorstellungen von Hyperaemia und Anämia cerebri auf den Kopf gestellt, aber die bisherige Verworrenheit der klinischen Krankheitsbilder gewinnt neue Aussicht auf Klärung.

Ein weiteres Eingehen auf die Erörterungen der Verf. ist an dieser Stelle nicht möglich. Wir haben unserer Referentenpflicht genügt, indem wir einen Hinweis auf die bedeutungsvolle und reformatorische Arbeit des Verfassers gegeben haben und fügen noch hinzu, dass inzwischen eine Monographie des Verfassers erschienen ist, in welcher die neue Lehre in eingehender

Weise auseinandergesetzt wird: „Die Mechanik der Blutversorgung des Gehirns", Stuttgart bei Enke, die wir eingehendem Studium empfehlen.

Erlenmeyer.

---

2) **Sommer** (Allenberg): Atlasankylose und Epilepsie.
(Virchow's Archiv Bd. 119 (1890) S. 362.)

S. hatte in einem frühern Aufsatze: „Zur Casuistik der Atlassynostosen (Virch. Arch. Bd. 94, 1883) 2 Fälle veröffentlicht, welche für die Solbrig'-sche Vermuthung zu sprechen schienen, dass zwischen einer Verengerung des Wirbelkanals in seinem oberen Abschnitt und der Epilepsie ein ursächlicher Zusammenhang bestehe, resp. dass in manchen Fällen von Epilepsie als causales Moment eine mechanische Beeinträchtigung der Medulla oblongata in Folge einer solchen Verengerung anzusehen sei. Es handelte sich um 2 in der Allenberger Anstalt gestorbene Epileptiker, an deren Schädel eine Atlassynostose entdeckt worden war.

Im Gegensatz dazu beschreibt S. in seiner neuen Arbeit, einen Fall von Atlanto-occipitalankylose bei einem 72jährigen Nichtepileptiker, wo die Synostose erst zufällig bei der Praeparation des (in der Arbeit sorgfältig beschriebenen) Schädels entdeckt wurde. Es war ein aus einer berüchtigten Verbrecherfamilie stammender degenerirter Littauer, welcher in den 30er Jahren von periodischen Tobsuchtsanfällen ergriffen wurde, die bald in secundären Schwachsinn mit intercurrenten Erregungszuständen übergingen. Er starb, nachdem er 20 Jahre in der Anstalt gelebt, im tiefsten Blödsinn. Ueber die Entstehung der Ankylose war aus der Krankengeschichte nichts zu eruiren. S. nimmt eine Arthritis deformans an, deren auf Jahre vertheilte Entwicklung bei dem Patienten unbeachtet geblieben ist.

Unter Hinweis auf die an sich nicht unbedeutende, für eine mechanische Beeinträchtigung des Markes aber nicht hinreichende Verengerung des Kanals sowie auf die gerade in neuester Zeit vorwiegend von italienischen Autoren veröffentlichten zahlreichen Fällen von Atlasankylosen ohne epileptische Antecedentien (Lombroso, welcher unter 51 Verbrecherschädeln 4 mit Atlassynostose, also 7,8% und de Paoli, welcher unter 4 Verbrecherschädeln 2 mit Atlassynostose, also 50% fand, halten diese Abnormität für ein Degenerationszeichen) glaubt S. seine frühere Anschauung von der Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen Epilepsie und Atlassynostose ohne gleichzeitige Compressionserscheinungen von Seiten des Rückenmarks aufgeben zu müssen.

Hoppe (Allenberg).

---

3) **Schmiegelow** (Kopenhagen): To tilfaelde af Otaematom. (Zwei Fälle von Othaematom.) (Hospitals-Tidende 1889. p. 791 f.)

Im ersten Falle handelt es sich um ein *spontan* entstandenes Oth. bei einem psychisch vollkommen gesunden Individuum, bei dem es ohne nachweisbare Ursache plötzlich entstanden war, und nach Incision ohne Deformität heilte; es sass in der Concha.

Im zweiten Fall trat nach einem starken Schlage eine colossale Schwellung ein, die sehr empfindlich war, während im ersten Fall jede Empfindlichkeit fehlte.

S. erwähnt bei dieser Gelegenheit einen, für die Lehre von den „Degenerationszeichen" am Ohr interessanten Fall von beiderseitiger Fistula auris congenita, als Rest der ersten Kiemenspalte, im crus helicis ascendens.

Kurella.

4) **M. Fiebig** (Matoea): Geschichte und Kritik der bacteriologischen Erforschung der Beri-Beri-Krankheit. (Geneeskund. Tijdschrift vor Nederlandsch.-Indië. Deel XXIX. Heft 2 und 3.)

Der Verf. giebt hier in einer 66 Seiten starken Arbeit eine, auf ausgedehnten Literaturstudien beruhende Uebersicht der bisherigen bacteriolog. Erforschung der Beriberi und bespricht die verschiedenen Untersuchungen unter sehr scharfer kritischer Beleuchtung. Er wendet sich vornehmlich gegen die neusten Bearbeiter dieses Gegenstandes Pekelharing-Winkler*) und kommt zu der Schlussfolgerung, dass 1) *die Beri-Beri nicht auf einer primären degenerativen Neuritis beruht* und 2) *dass* Pekelharing-Winkler *die Mikrococcen der Beri-Beri nicht gefunden haben.* Weitere Veröffentlichungen des Verfassers, der in Niederl.-Indien grosse persönliche Erfahrungen über die Beri-Beri gesammelt hat, stehen in Aussicht, namentlich solche über die Therapie dieser also immer noch nicht ganz aufgeklärten Erkrankung.

Erlenmeyer.

5) **C. S. Sherrington**: On nerve-tracts degenerating secondarily to lesions of the cortex cerebri. (Preliminary.) (Journal of physiology Juli 1889.)

Verf. hat eine grössere Anzahl von Experimenten hauptsächlich an Affen vorgenommen, um genau die Ausdehnung der secundären Degeneration nach Verletzungen der Hirnrinde zu studiren. Die Pyramidenbahnen degenerirten bis zum Ursprunge der Coccygealnerven. Beim Macacus-Affen fand man vom 2. Cervikal- bis zum 2. Lumbarnerven einen Theil der Pyramidenstränge (etwa $^1/_5$) von dem Hauptttheile durch die Kleinhirnseitenstrangbahnen getrennt, so dass also letztere innerhalb der Pyramidenbahnen lagen. Die Voraussetzung, dass Arm- und Beinfasern zusammen liegen in besonderen Gruppen, trifft nicht zu. Eine Verletzung des Beincentrums hatte eine Degeneration zur Folge, die grossentheils in der Cervicalanschwellung aufhörte, während die Degeneration nach Verletzung des Armcentrums sich bis zur Lumbar- ja bis zur Sacralregion verfolgen liess.

Nach jeder Cerebralverletzung oder nach einer Hemisection des unteren Dorsalmarkes fand S. immer eine beiderseitige Degeneration; in beiden Seitensträngen fand man degenerirte Fasern; die Zahl der wiedergekreuzten Fasern betrug von $^1/_{100}$ bis $^1/_6$ der gekreuzten Fasern. Diese wiedergekreuzten Fassern kommen direkt d. h. ohne Vermittlung von Nervenzellen von den gekreuzten Nervenfasern der anderen Seite und hängen wie diese direkt von der Hirnrinde ab: sie haben zweimal die Mittellinie gekreuzt: die proximale Kreuzung ist an der Pyramidendekussation. Am meisten sieht man sie in der Cervikal- und Lumbaranschwellung. Sie finden sich auf jeder Seite zerstreut zwischen den gekreuzten Fasern. Man kann nach kleinen Cerebralverletzungen die wiedergekreuzten Fasern in der Cervical- und Lumbal-

*) Vergl. Centr. f. Nervenheilkunde 1889 pag. 130 ff.

anschwellung degenerirt sehen, während man im Dorsalmarke auf der wiedergekreuzten Seite keine Degeneration findet.

Die Pyramidenfasern nehmen von oben nach unten an Zahl nicht ab, sondern zu. Sie müssen sich also auf dem Wege nach unten verzweigen. Daher findet man auch nicht selten unter den degenerirten Fasern „Zwillingsfasern“. Jede dieser beiden Fas rn entspricht an Umfang und Grad der Degeneration genau der andern; diese Zwillingsfasern gehören regelmässig zu den breiten Fasern. Manchmal findet man „Zwillingsaxencylinder“ in einer Markscheide. Zwillingsfassern kommen relativ viel häufiger in den gekreuzten wie in den wiedergekreuzten Strängen vor. Vermuthlich leiten sich die Zwillingsfasern von den Mutterfasern durch dichotomische Theilung ab.

Nochmals hebt S. hervor, dass die Pyramidenbahn eine direkte Verbindung jeder Hemisphäre mit *beiden* Rückenmarkshälften sei, nicht wie gewöhnlich angenommen, nur mit einer.

Andere Beobachtungen lehrten, dass die Fornixfasern von hinten nach vorn degeneriren.

Nach einer Verletzung der motorischen Rindenregion degeneriren auch Fasern, welche durch den Balken nach der anderen Hemisphäre gehen.

Auch nach Läsionen des Vorder-Parietal- oder Hinterhirns findet man Degenerationen im Corpus callosum.

Die interhemisphaeralen Degenerationen haben die Neigung auseinander zu gehen und verbinden nicht hauptsächlich identische Theile der beiden Hemisphären. Strauscheid.

---

6) **Ross** (London): Paralysen nach Abdominaltyphus.

(Americ. Journal of medical scienc. 1889. H. 1 f.)

Die motorischen Störungen nach Typhus sind meist mit Anästhesien oder Schmerzen verbunden; nur spinale Nerven sind afficirt, mit besonderer Prädilection für die Nn. ulnaris und peronaeus. Gelegentlich können sich diese Störungen aber auch zu Paraplegien steigern oder einer Poliomyelitis acuta ähneln. R. führt einige schwere Fälle von Paraplegien post typhum aus eigener Erfahrung an, darunter einen von completer Lähmung beider Beine mit Aufhebung der elektrischen Erregbarkeit, Schmerzempfindlichkeit und Decubitus, neben einer Contractur der Kniegelenke, die erst nach drei Monaten unter Gewichts-Extension zurückging. In einem zweiten Fall waren alle Extremitäten und zugleich die Gaumenmuskeln gelähmt, während Sensibilitätsstörungen fehlten. Nach den Untersuchungen von Vaillard und Pitres an Typhus-Leichen ist anzunehmen, dass derartigen Störungen multiple Degenerationen der peripheren Nervenstämme entsprechen, während bei den mit Neuralgien verbundenen Paralysen interstitielle Neuritiden zu Grunde liegen. Schmerzen und Anästhesie der betroffenen Nervengebiete gehen übrigens fast immer der Paralyse voraus. Kurella.

---

7) **G. W. Jacoby** (New-York): Contribution to the study of anaesthetic leprosy, with reference to partial sensory disorders.

(The journal of nervous and mental disease. Juni 1889.)

In einem Falle von Lepra anaesthetica bei einem jungen Manne von 18 Jahren unternahm J. eine genaue Prüfung der Sensibilität und fand dabei fol-

gendes. Die tactile Sensibilität war nirgends aufgehoben, sondern nur ganz leicht herabgesetzt an beiden Armen, Schultern und Rücken. Das Schmerzgefühl war vollständig aufgehoben an den Ohren und an circumscripten beiderseits nicht ganz gleichen Stellen der oberen und unteren Extremitäten. Der Temperatursinn war völlig verloren an den Ohren, an grossen fast völlig symmetrischen Stellen der Arme, Beine und des Rückens. Die Störungen des Temperatursinnes waren weitaus die grössten und existirten an grösseren Flächen, wo sonst keine Sensibilitätsstörung nachzuweisen war; Eiskälte wurde an einzelnen Punkten, die sonst keine Temperaturempfindung zeigten, noch als kalt wahrgenommen. Bei dem Pat. bestand ausserdem eine Muskelatrophie beider Hände, der Vorderarme und der Deltoidei, gesteigerte Sehnenreflexe, herabgesetzte elektrische Erregbarkeit, doch keine Entartungsreaction. Eine ganze Reihe trophischer Störungen (Verdickungen der Haut, tiefgehende Geschwüre, zahlreiche Narben von geheilten Geschwüren, Haarausfall etc.) waren bei dem Pat. zu beobachten.

Verf. tritt der Ansicht einer ganzen Anzahl von neueren Autoren, dass eine periphere Neuritis alle bei Lepra beobachteten nervösen Störungen erklären könne, entgegen und sucht eine Betheiligung des Rückenmarks für viele Fälle nachzuweisen. Er weist hin auf die grosse Aehnlichkeit der Symptome mit denen von Syringomyelie zumal mit Hinsicht auf den verschiedenen Grad der Störung der einzelnen Sensibilitätsformen, wie sie in der Weise bei peripherer Neuritis bis jetzt noch nicht beobachtet worden ist. Zwar hat er selbst wie auch andere Autoren bei traumatischen peripheren Neuritiden eine Erhaltung des Gefühls für ganz kalte Gegenstände (Eis) beobachtet, während alle anderen Sensibilitätsformen, dabei auch das Gefühl für Wärme vollständig geschwunden waren. Doch wagt er daraus noch kein differentialdiagnostisches Merkmal für centrale und periphere Temperatursinnstörungen zu machen. Er schliesst mit folgenden Sätzen:

Es kann nicht immer zwischen Syringomyelie und Lepra anaesthetica eine Differentialdiagnose gestellt werden.

Partielle Sensibilitätsstörungen sind nicht charakteristisch für Syringomyelie, sondern können auch bei Lepra anaesthetica wie bei reinen peripherischen Nervenaffectionen vorkommen.

Ein differentialdiagnostischer Punkt für Unterscheidung centralen und peripheren Temperatursinnverlustes mag liegen in dem vollständigen Verluste in dem einen Fall und in dem unvollständigen Verluste in dem anderen Falle.

Strauscheid.

---

8) **Sachs** (New-York): The peroneal form or leg-type of progressive muscular atrophy. (Die peroneale Form oder „der Beintypus" der progressiven Muskelatrophie.) (Brain, Jan. 1890, p. 447.)

S. hat Fälle gesehen, von denen allerdings nur die beiden ersten genauer beobachtet werden konnten. Es handelte sich um 2 Brüder, über hereditäre Belastung liess sich nichts ermitteln. Beide Kinder kamen gesund zur Welt, und erkrankten beide in demselben Alter mit Motilitätsstörungen in den Beinen; es entwickelte sich allmählich ein doppelseitiger Klumpfuss die Peronei waren paretisch und atrophisch; ebenso der tibialis anticus, auch die Extensoren und die kleinen Fussmuskeln waren in schwächerem Masse ergriffen. Diese Atrophie scheint sich allmählig in symmetrischer Weise

in beiden Beinen in aufwärtssteigender Richtung entwickelt zu haben, bei beiden Brüdern waren auch die Muskeln der Oberschenkel leicht atrophisch, bei dem jüngeren fand sich auch eine Schwäche der meisten Muskeln der oberen Extremitäten, wie des m. infraspinatus. In beiden Fällen war das Kniephänomen vorhanden, in dem 2ten fehlten die Plantarreflexe. Die sensorischen Störungen waren nicht sehr ausgeprägt; in dem einen Fall eine leichte Hyperästhesie, in dem anderen eine leichte Analgesie.

In dem ersten Falle fast complete Ea. R., in dem 2ten nicht so ausgeprägt.

Verfasser meint, dass diese Krankheitsform häufiger ist, als man annimmt, und dass man derselben auf chirurgischen Stationen und in Kinderkrankenhäusern wohl öfter begegnen würde. Er ist geneigt, dieses Leiden in allen Fällen zu vermuthen, in denen sich ein doppelseitiger Klumpfuss allmählig entwickelt. Ueber die Differenzialdiagnose und andere Einzelheiten sei auf das Original verwiesen. Koenig.

---

9) **Berkley** (Baltimore): Syringomyelie. (Brain, Jan., 1890. p. 460.)

Die Arbeit berichtet über 11 Fälle von Syringomyelie mit Sectionsbefund. Eignet sich nicht für ein kurzes Referat. Koenig.

---

10) **Nothnagel:** Zur Diagnose der Sehhügelerkrankung. (Ztschr. f. Klin. Med. 1889. XVI. 5. und 6. Heft. pag. 424.)

„Wenn bei einer Herderkrankung mit Hemiplegie und Facialislähmung die willkürliche Beweglichkeit der Gesichtsmuskeln aufgehoben ist, dagegen die Betheiligung *beider* Gesichtshälften bei psychischen Emotionen (Lachen, Weinen, Schmerz) die gleiche ist, kann man annehmen, dass der Sehhügel und seine Verbindungsbahnen zur Hirnrinde intact ist." (Nothnagel, Top. Diagn. 1879. p. 255). Der Satz gilt auch umgekehrt: Wenn bei willkürlicher, activer Innervation des Facialis keine Lähmung sich zeigt, dagegen bei der emotionellen Bewegung (affective Mimik) sich nur die eine Gesichtshälfte bewegt, die andere unbeweglich bleibt, dann ist die Erkrankung des Thalamus zu diagnosticiren und zwar desjenigen, welcher der mimisch gelähmten Gesichtshälfte gegenüber liegt. Es giebt zwei Arten centraler Facialislähmung:

1. Schon in der Ruhe ist ein paralyt. oder paret. Zustand bemerkbar, und die willkürliche, active Innervation zeigt sich unmöglich, wofür bei der affectiven Mimik das Gesicht in Thätigkeit geräth.

2. Während der Ruhe keine Lähmung sichtbar, auch ist die willkürliche Innervation ungestört; dagegen fehlt die affect. Mimik. Daraus folgt, dass die Innervationsimpulse für den peripheren Facialis im Centrum auf verschiedenen Bahnen laufen müssen.

Die *willkürliche* Bahn geht von den Sammelpunkten, die in der Rinde der Centralwindungen liegen, durch den Hirnschenkel*fuss* zur Peripherie. (Lähmung nach Haemorrh. in die innere Capsel der Pars centralis centri semioval.)

Die *Affect*bahn geht durch den Thalamus und dessen Stabkranz, besser gesagt durch die Hirnschenkel*haube*. Ob und wo die dieser Bahn zugehörigen Rindeninnervations- und Rindensammelstellen liegen, ist noch nicht bekannt.

Erlenmeyer.

---

11) **Friedrich Schultze** (Bonn): Taubstummheit und Meningitis.
(Virchow's Archiv Bd. 119. Heft 1. 1890.)

Ein Mädchen erkrankte im Alter von 8 Jahren plötzlich mit Fieber, Kopfweh, Erbrechen, Verstopfung. Keine Störung des Bewusstseins, keine Convulsionen, nur starke Aufregung und „veränderte Sprache". Am dritten Tage der Erkrankung tritt *vollkommene Taubheit* ein, gegen die sich jede Behandlung als erfolglos erwies. Sie blieb bestehen. Sehr bald trat Stummheit hinzu. Nach 5 Jahren starb das Kind an Tuberculose. Die von Dr. Hüttner vorgenommene Untersuchung der Centralorgane ergab: 1) Med. obl., besonders die Acusticuskerne normal. 2) Die Nervi acustici sind in einem Theile ihres Querschnittes atrophisch. 3) Die Nervi faciales sind normal. 4) Die Corti'schen Organe sind nicht mehr nachweisbar, die Hohlräume der Schnecke sind durch osteoïdes Bindegewebe und durch Rundzellen ausgefüllt. Ebenso die halbzirkelförmiger Canäle. Verf. erörtert die Möglichkeit, durch welche die Krankheitserreger in das Labyrinth eingedrungen sein können und kommt zu der Hypothese, dass es sich um eine Poliomyelitis acuta gehandelt haben könne, die mit einer leichten Meningitis eingesetzt habe, welch letztere sehr wohl eine Otitis labyrinthica veranlasst haben könne. Die Verbreitung sei dann auf der Bahn der N. acustici selbst erfolgt. Erlenmeyer.

---

12) **H. Mygind** (Kopenhagen): Taubstummheit, Idiotie und Meningitis. (Aus M.'s Aufsatz: Dövstumhedens Udbredelse i Danmark.)
(Hospitals-Tidende 1890. Nro. 11 und 12.)

In Dänemark kommen auf 100,000 männliche Individuen 66,6, auf 100,000 weibliche Individuen 60,9 Taubstumme. Dieses Zahlenverhältniss dürfte vielleicht auf den Umstand zurückzuführen sein, dass der, der Taubstummheit zu Grunde liegende pathologische Zustand nicht selten auf einem Hirnleiden beruht, und zwar namentlich auf Meningitis cerebro-spinalis, und vieles scheint dafür zu sprechen, dass Hirnleiden, sowohl acute und chronische, als auch angeborene, ungleich .häufiger beim männlichen als beim weiblichen Geschlecht auftreten. Dass Hirnkrankheiten in der Aetiologie der Taubstummheit eine wichtige Rolle spielen, wird in Dänemark und zwar mit Unrecht, durchaus nicht allgemein anerkannt. Dass Hirnleiden häufiger beim männlichen Geschlecht vorkommen ist für Erwachsene bekannt genug, während kaum etwas Bestimmtes darüber vorliegt, ob die acuten Hirnkrankheiten des Kindesalters bei Knaben häufiger vorkommen. Aber die meisten Untersuchungen stimmen doch darin überein, dass die Meningitis cerebrospinalis epidemica, die ja vorzugsweise Kinder befällt, und für die Taubstummheit ohne Zweifel eine so grosse Rolle spielt, weit häufiger Knaben als Mädchen ergreift. Endlich muss hervorgehoben werden, dass Idiotie, die ja auf angeborene, oder im frühen Kindesalter erworbene Hirnaffectionen zurückzuführen ist, unter dem männlichen Geschlecht weit mehr als unter dem weiblichen vertreten ist. Beispielsweise kann angeführt werden, dass im Jahre 1880 auf 100 weibliche 112 männliche Idioten kamen, also ein viel bedeutenderes Ueberwiegen des männlichen Geschlechts, als für Taubstummheit gilt.

M. findet nun eine ausserordentliche Zunahme der Anzahl (noch lebender) Taubstummer in den Jahren 1871—1875, für die sich keine andere

Ursache nachweisen lässt, als die in derselben Zeit in Dänemark herrschende Epidemie von Mening. cer.-spin. Eine genaue Analyse der Taubstummenstatistik in den einzelnen „Aemtern" des Landes lässt nun den Einfluss der Meningitis-Epidemie der 70er Jahre noch besonders hervortreten.

Kurella.

---

13) **P. Marie** (Paris): Ueber die Häufigkeit der Hysterie bei beiden Geschlechtern. (Progrès médical. Juli 1889.)

M. giebt Zahlen über die Patienten, die sich zur Aufnahme in die Charcot'sche Klinik meldeten. Er notirte 525 *Männer* und 172 Frauen mit unzweifelhafter Hysterie, und unterscheidet nach der Intensität „Hystérie massive", (ernstere Fälle mit Hemiaesthesie) und H. mitigée (alle Fälle ohne Hemiaesthesie). Unter den 525 Männern fand er 25 mal „massive", 3 mal milde Hysterie, unter den 179 Frauen einen einzigen Fall massiver, 5 milder Hysterie; also 4,76% schwerer Hysteriker unter den Männern, 0,58 unter den Frauen!

M. hebt nun hervor, dass sein Material nicht ganz die wirklichen Verhältnisse wiederspiegelt, weil fast alle sich bei Charcot zur Aufnahme meldenden Männer zu den abenteuerlichen (resp. degenerirten) Existenzen gehören; diese sind „hystériable", wie M. sich ausdrückt, und durch ihre Misere psychischen Traumen dauernd exponirt, während der weibliche Theil des Materials social höher steht. Jedenfalls geht aus seinen Zahlen hervor, dass in den unteren Classen männliche Hysteriker ebensowenig selten sind, wie hysterische Weiber.

Kurella.

---

14) **v. Kridner** (St. Petersburg): K woprossu ob eksperimentalnoi epilepsii. (Zur Frage der experimentellen Epilepsie.) (St. Petersburger Dissertation 1889.)

K. hat untersucht, ob 1.) die am gesunden Thier gemessene Reizschwelle der motorischen Rindencentren für faradischen Strom und 2.) die Dauer der latenten Reizung sich änderte, wenn es bald die Carotiden, bald die Vertebral-Arterien, bald beide Arterien-Arten in verschiedenen Combinationen unterband. Er prüfte die Erregbarkeit zum zweitenmal mehrere Monate nach der ersten Trepanation und der Unterbindung. Die Unterbindung gab weder ad 1.) noch ad 2.) eine Veränderung.

K. schliesst daraus — mit allerdings nicht ganz bündiger Logik — dass die Unterbindung der Kopfarterien bei Epilepsie nicht nur unnütz sondern sogar schädlich ist.

Kurella.

---

15) **J. N. Lloyd** (Philadelphia): The later history of a case of focal epilepsy for which trephining and excision of the motor centres were performed. (Journal of nervous and mental disease. Juni 1889.)

Verf. giebt in dankenswerther Weise Aufschluss über den weiteren Verlauf eines von ihm vor einem Jahre als geheilte Corticalepilepsie vorgestellten Falles. Es handelte sich um einen 35jährigen Mann, der 14 Jahre lang epileptische Anfälle hatte. Dieselben begannen stets in dem Zeigefinger der linken Hand und blieben oft auf Zuckungen des linken Arms und Gesichts beschränkt. Vor der Operation hatte Pat. täglich 15—28 Anfälle. Nach

der Operation waren Zeige- und Mittelfinger, sowie die linke Gesichtshälfte deutlich paretisch. Bei der Operation wurden durch den faradischen Strom die Centren für Finger- und Gesichtsbewegungen aufgesucht und dann excidirt. Nach der Operation blieb eine andauernde, deutliche Parese dieser Muskeln zurück. In den ersten Tagen wurden noch einige wenige kleinere Anfälle bemerkt, dann blieben dieselben ca 4 Monate völlig aus, in welcher Zeit der Kranke vorgestellt wurde. In den darauf folgenden 5—6 Monaten aber traten wieder 10 Anfälle ganz von der früheren Natur auf, doch wurden dieselben ärztlicherseits nicht beobachtet, da sie immer Nachts eintraten. Der Kranke nahm dann eine Stellung in einem Geschäfte an und entzog sich der weiteren Beobachtung.

Dass in diesem Falle die Operation dem Patienten von Nutzen war, lässt sich nicht leugnen; früher hatte derselbe ca 20 Anfälle täglich, jetzt innerhalb 5 Monate 10. Verf. tritt nun der Frage näher, warum der Erfolg kein vollkommener geblieben ist. Dies kann zunächst sein, weil die excidirte Partie nicht gross genug war, weil nicht alles Corticalgewebe, das den betreffenden Muskeln vorsteht, entfernt wurde; dass eine genaue Bestimmung der Grenze dieser Centren unmöglich ist, liegt auf der Hand. Oder aber es kann eine Narbe an der operirten Stelle entstanden sein, welche nun durch ihren Reiz wieder zu Anfällen Veranlassung giebt. Wie dem auch sein mag, jedenfalls ist die Veröffentlichung des Falles dankbar zu begrüssen, da nur durch solche Misserfolge genauere Indicationen für den chirurgischen Eingriff und für dessen Umfang gewonnen werden können.

S t r a u s c h e i d.

---

16) **Gilles de la Tourette et Lagoudakis** (Paris): Diminution et cessation de l'usage habituel de la morphine chez deux tabétiques traités par la suspension. (Archives de neurologie Juli 1889.)

In der C h a r c o t'schen Klinik wurden 2. Pat., die an Tabes litten und gegen ihre lancinierenden Schmerzen gewohnheitsmässig Morphiuminjectionen gebrauchten, mit Suspension behandelt. Nach kurzer Zeit fühlten sie sich so wohl, dass der eine das Morphium ganz entbehren konnte, während der andere nur mehr 10 Einspritzungen an Stelle von 30—35 täglich machte. Beide zeigten auch bedeutende Besserung im Gehen.

S t r a u s c h e i d.

---

17) **A. Forel** (Zürich): Der Hypnotismus, seine Bedeutung und seine Handhabung. (Stuttgart, F. E n k e. 1889. 88 S. 8⁰.)

Eine kurze, klare und vollständige Schilderung des Hypnotismus, seiner Technik und seiner Erfolge, die durchweg auf eigenen Versuchen beruht, welche der für seine Aufgabe offenbar enthusiasmirte Autor im wesentlichen an 19 von den 23 Wärterinnen seiner Anstalt gemacht hat, da er das Kranken-Material einer Irrenanstalt nicht geeignet fand, typische Erscheinungen des Hypnotismus darzubieten.

In den theoretischen Auseinandersetzungen nähert sich F. am meisten der Schule von Nancy, indem er betont, dass *alle* Erscheinungen der Hypnose auf Suggestion beruhen, und dass somit das Wesen des Hypnotismus im Vorhendensein der Suggestion wurzelt. „Alles ist Suggestion."

Der geistreiche Versuch, die Wirkung suggerirter Vorstellungen durch eine originelle Theorie der Genese des Bewusstseins zu erklären, muss im Original nachgelesen werden.

Der therapeutischen Verwendung der hypnotischen Suggestion räumt F. ein Feld ein, dessen Abgrenzung wohl so lange noch unter dem Banne subjectiver Ueberzeugung stehen wird, bis die Zeit über die Dauer und Dauerhaftigkeit suggerirter Heilungen entschieden hat. Kurella.

18) Dr. **P. J. Kowalewski:** Ivrognerie, ses causes et son traitement; traduit par W. de Holstein. (Charkoff, Sylberberg 1889. 113 Seiten.)

Eine actuelle Frage auf dem Gebiet der Volkshygiene stellt die Bekämpfung des Alcoholmissbrauches dar. Jedermann ist von dem Unheil überzeugt, das der Alcohol, das beliebteste aller excitirenden Genussmittel, auf den menschlichen Organismus ausübt, und doch beschränkt sich der Kampf gegen denselben meistens auf den Versuch, den Consum durch Steuern und Gesetze zu beschränken und zu erschweren; seltener wird eine Behandlung des dem Trunk ergebenen Individuums selbst als Grundlage für eine „Besserung" desselben erstrebt und dann fast immer von ganz unzutreffenden Voraussetzungen aus.

Die vorliegende Schrift des Charkoffer Psychiaters Kowalewski legt nun einen besonderen Nachdruck auf die Thatsache, dass die Trunksucht als solche eine Krankheit ist, und dass daher eine Bekämpfung derselben solange fast aussichtslos bleibt, als nicht das Individuum selbst nach medicinischen Grundsätzen von seinen Beschwerden, die es dem vermeintlichen Retter in die Arme getrieben haben, geheilt ist. Die Trunksucht ist eine der Neurasthenie in manchen Punkten recht nahe stehende Neurose des Centralnervensystems, die sich im wesentlichen in einer excessiven Ermüdbarkeit desselben äussert. Der Patient bedarf daher um sein Nervensystem functionsfähig zu erhalten, von Zeit zu Zeit eines Anreizes, eines Excitans, und es hängt von individuellen und socialen Zufälligkeiten ab, ob er nun Alcohol oder Morphium zu sich nimmt, oder ob er Cocablätter oder Betel kaut. Alcohol ist im Allgemeinen natürlich am leichtesten zu beschaffen, und es kann daher nicht wunder nehmen, dass in Europa wenigstens, jene Neurose den Namen Trunksucht (ivrognerie, ubriachezza) verdient.

Mit demselben (oder besser mit einem ähnlichen Namen, Trunkfälligkeit, ivresse, ebrezza) hat man nun aber auch Zustände bezeichnet, die einfach als isolirte oder protrahirte Intoxicationszustände zu betrachten sind, und die nicht auf dem Boden einer Krankheit, sondern auf dem einer Unsitte oder eines Lasters wurzeln. Durch längere Dauer und häufigere Wiederholung derselben wird das menschliche Centralnervensystem aber nicht selten so ungünstig beeinflusst, dass durch eine secundäre Gehirnerkrankung jene Neurose zum Ausbruch kommt. Der Trunkfällige wird damit trunksüchtig und daher Gegenstand rein ärztlicher Behandlung, etwa wie eine Prostituirte — um ein allerdings nicht ganz zutreffendes Bild zu gebrauchen — sobald sie Lues acquirirt, ebenfalls Gegenstand ärztlicher Fürsorge wird.

Im Uebrigen ist die Entwickelung der Trunksucht aus der Trunkfälligkeit nur eine der bekanntesten Ursachen der letzteren; in sehr vielen Fällen handelt

es sich um eine angeborene und dann meistens von trunkfälligen oder geisteskranken Eltern vererbte Functionsschwäche des Nervensystems. Trunksucht kann aber auch durch Kopfverletzungen, durch acute Hirnerkrankungen, durch schwere Allgemein- und Infectionsleiden, durch Hitzschlag, dann aber auch durch geistige Ueberanstrengung oder durch einen psychischen Shok, etc. hervorgerufen werden. Es kann daher auch wohl Jemand trunksüchtig werden, ohne dass er vorher jemals in Baccho excedirt hätte.

Die Trennung der Trunkfälligkeit von der Trunksucht auf das energischste betont zu haben, ist nun ein Hauptverdienst Kowalewski's, wenn gleich auch andere, besonders amerikanische Aerzte, wie Crothers, Mann u. A. bereits früher für eine ähnliche Scheidung eingetreten sind. Jene Trennung ist aber für die Therapie der Trunksucht von der grössten Bedeutung. Der Trunksüchtige ist eben nervenkrank und muss dementsprechend ärztlich behandelt werden. Bringt man ihn aber, wie es nur zu häufig der Fall ist, in ein Gefängniss, in der stillen Hoffnung, die erzwungene Abstinenz allein werde ihn von dem krankhaften Drange nach Alkohol heilen, so geschieht ihm nun ein grosser Schaden und ein grosses Unrecht. Selten — fast nie — ist die Dauer der Detention lang genug, um überhaupt einen Erfolg zu erzielen; in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wird die Neurose nur verschlimmert und zwar durch die Einwirkung der Abstinenzerscheinungen ohne gleichzeitige Erleichterung der ursprünglichen nervösen Beschwerden, durch die gewöhnlich ungenügende Ernährung, durch unzureichende Bewegung und Beschäftigung und durch das Fehlen eines angemessenen Traitement moral.

Werden aber Trunksüchtige in eine Anstalt versetzt, in der sie ähnlich wie in einer Irrenanstalt unter einem gewissen Zwange, aber unter ärztlicher Leitung und Behandlung stehen, so kann bei genügender Dauer des Aufenthalts neben der erzwungenen Abstinenz gleichzeitig die sachgemässe Therapie des chronischen Alkoholismus und der primären Neurose durchgeführt werden. Unter diesen Voraussetzungen, durch welche übrigens eine religiös-moralische Einwirkung auf den Patienten durchaus nicht ausgeschlossen werden soll, kann der Trunksüchtige genesen. Gute Anstalten dieser Art haben sogar 30 — 40% Heilungen zu verzeichnen. Die sich lediglich aber auf Abstinenz, Arbeit und religiöse Einwirkung beschränkenden Trinkerheilstätten, wie sie auch in Deutschland seit einiger Zeit eingerichtet sind oder neu begründet werden sollen, werden wirkliche Heilungen nur ausnahmsweise erzielen.

Der sachverständige Menschenfreund wird geschlossene Krankenanstalten für Trunksüchtige als einzig aussichtsvolles Heilmittel empfehlen.

Sommer.

---

19) Korsakoff: Sur une forme des maladies de la mémoire. (Ueber eine Form von Gedächtnissstörung.) (Revue philosophique de la France et de l'Etranger November 1889.)

In einer Arbeit über Psychosis polyneuritica (referirt in diesem Blatte 1889 S. 728) hat K. ein allgemeines Bild der von ihm beobachteten Fälle von multipler Neuritis mit Geistesstörung gegeben. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich nur mit einer Art von Gedächtnissstörung, welche K. als der multiplen Neuritis eigenthümlich auffasst.

Die Gedächtnissstörung characterisirt sich dadurch, dass bei intaktem

Denk- und Urtheilsvermögen die Erinnerung an Vorgänge, Personen u. s. w. aus der jüngsten Vergangenheit selbst bis auf kurze Zeit vor dem Krankheitsbeginn unmöglich ist, während das Gedächtniss in Bezug auf die frühere Vergangenheit ganz gut ist. Doch lässt sich nachweisen, dass neue Eindrücke während der Krankheit unbewusst Spuren hinterlassen. So kannte z. B. ein Patient den ihn täglich besuchenden Arzt nicht nach Namen und Gesicht, wusste aber stets, dass er es mit einem Arzt zu thun hatte. Während also keine Erinnerung an Zeit, Ort, Form, Namen besteht, ist die Erinnerung an gewisse Eindrücke und Empfindungen vorhanden.

Bei einer längeren Unterhaltung fällt es auf, dass der Patient nur über längst vergangene Sachen spricht, ohne neue damit in Verbindung zu bringen, dass er immer dieselben Betrachtungen anstellt, Urtheile fällt und sein Ideenkreis sehr eng, die Betrachtungen monoton werden. Gedanken werden überhaupt nur rege auf äussere Eindrücke und dadurch tritt eine gewisse Interesselosigkeit zu Tage.

Die Kranken empfinden die Lücke in ihrem Gedächtniss, beschönigen sich damit, sie hätten immer ein schwaches Gedächtniss gehabt. Gewöhnlich ist zu einer gewissen Zeit jegliche Erinnerung an eben abgelaufene Gedanken oder Eindrücke aufgehoben. Indess bleiben doch Spuren zurück und wirken unbewusst in dem Gedankengang des Kranken. Ein Patient grüsste den Arzt jeden Morgen; kam der Arzt einmal 5 Minuten später wieder, so grüsste der Kranke nicht, verneinte aber den Arzt schon heute gesehen zu haben, als er gefragt wurde. In der Rekonvalescenz tauchen viele Eindrücke aus der Krankheitsperiode in dem Bewusstsein des Kranken auf.

Die Erinnerung an frisch vergangene Empfindungen und Gemüthsbewegungen ist besser als die an Formen u. s. w. Sympathie oder Antipathie besteht gegen gewisse Personen, obgleich dieselben sonst ganz aus der Erinnerung entschwunden sind. Bei der Besserung tritt die Erinnerung an Ereignisse und Formen früher auf, als die an Zeit, Gedanken, Worte.

K. erklärt sich die beschriebenen angeblich der multiplen Neuritis eigenen Störungen durch Verminderungen im Gebiet der Associationsthätigkeit und der diesem dienendem Nervenfasern, wie er denn überhaupt die multiple Neuritis als eine Krankheit des ganzen Nervensystems hinstellt. (Abgesehen von der guten Beschreibung der interessanten Gedächtnissstörung dürften sich gegen die weiteren Aufstellungen des Verf. mancherlei Bedenken erheben lassen. (Ref.) Otto (Dalldorf).

---

20) **J. Borie:** Cases of insanity with interesting pathological conditions. (Journal of mental science. Juli 1889.)

B. fand in einem Falle bei einem chronisch Geisteskranken eine Aneurysma dissecans der Aorta thoracica et abdominalis.

In einem Falle von chronischer Manie beobachtete er eine Caries der Cervicalwirbel mit nachfolgender Meningomyelitis, welche die bekannten Erscheinungen hervorrief. Strauscheid.

---

21) **Tamburini**: Reperto necroscopico sullo Sbro. (Sectionsbefund bei einem fou moral.) (Archivio di Psichiatria e scienze penali 1889 H. 2.)

Ein in Italien berühmter und mehrfach begutachteter Fall von moral insanity (Eltern- und Brudermörder) hat folgenden Sectionsbefund ergeben: Todesursache — Tuberculose der Lungen und des Darms; Gehirn: — Frontalwindungen rechts (d. h. die zweite) im unteren Theil gespalten, links haben die zweite und dritte Frontalwindung einen gemeinsamen Ursprung. Schädel zeigt starke crista frontalis und cr. galli; Temporallinien sehr stark, sehr nahe der Sagittallinie; in der Lambdanath zwei symmetrische grosse Schaltknochen; Osteophyten der Basis, besonders der sella turcica. Gesicht asymmetrisch. Hufeisen-Niere. Kurella.

22) **Anfosso**: Di alcuni fattori del Suicidio. (Einige Factoren des Selbstmords.) (Archivio di Psichiatria e scienza penali 1889 H. 2.)

A. konnte bei 216 genau studirten Fällen von Selbstmord nur 168 mal die Ursache herausbringen. Von diesen 168 waren 16% geisteskrank; die irren und die verbrecherischen Selbstmörder machten nie vergebliche Versuche, letztere kamen häufig bei Fällen von „unglücklicher Liebe" vor; unter 25 verbrecherischen Selbstmördern waren 4 wegen Diebstahl angeklagt, 5 in materieller Nothlage, 6 begingen einen Mord unmittelbar vor dem Suicid. In vielen Fällen verrieth sich der Stolz, als Selbstmörder mit allen Details in die Zeitung zu kommen, wiederholt wurde vor der That ein Brief mit detaillirten Angaben an eine Zeitung abgesandt.

Kurella.

23) **Landon Carter Grey** (New-York): Three diagnostic signs of Melancholia. (Drei diagnostische Symptome der Melancholie.)
(The journal of nervous and mental disease. Jan. 90.)

Verf. unterscheidet Melancholia simplex, M. agitata, M. attonita und M. cum stupore. Die einfachen Formen der Melancholie sind schwer zu diagnosticiren, besonders in früher Zeit und werden häufig fälschlich als Neurasthenie angesehen. Deshalb sind bestimmte diagnostische Symptome werthvoll und als solche sind vom Verf. in 16 Fällen von Melancholia simplex und agitata, die er in Kürze berichtet, 3 regelmässig beobachtet, nämlich melancholische Verstimmung, Schlaflosigkeit und postcervicaler Schmerz.

Für die Depression fehlt es an einer entsprechenden Ursache. Die Schlaflosigkeit ist eines der am frühsten auftretenden Symptome, hat aber nichts charakteristisches. Was den postcervicalen Schmerz betrifft, so ist darunter ein empfindliches Schmerzgefühl im Nacken, Hinterkopf und Schultern zu verstehen, welcher nicht selten in neuralgische Paroxysmen von ein- und zweitägiger Dauer übergeht. Bei der Melancholia attonita und der M. cum stupore tritt der postcervicale Schmerz möglicherweise in Folge des Stupors nicht in den Vordergrund. Ascher.

24) **A. Morel-Lavallée** (Paris): Syphilis-aliénation mentale et paralysie générale. (Gazette des hopitaux. 19. Okt. 1889.)

In einer sehr klaren Zusammenstellung bringt Verf. nochmals die ganze bisherige Geschichte des Streites über den Zusammenhang der Syphilis mit

der Paralyse. Kurz führt er alle Gründe an, welche für einen solchen Zusammenhang sprechen. Leider wird in Frankreich noch immer nicht bei Aufnahme der Anamnese in genügender Weise nach Syphilis geforscht, es existirt keine französische Statistik, welche einen genauen Procentsatz der Paralytiker mit syphilitischer Vergangenheit angiebt. Verf. stellt sich ganz auf den Standpunkt derer, die in der Syphilis eine der wichtigsten Ursachen der wahren Paralyse erkennen, wenn er sich auch nicht direkt denen anschliesst, welche wie Strümpell und Kampf die Paralyse einfach für einen syphilitischen Process halten. Die syphilitische Pseudoparalyse d. h. jene Form von Gehirnerkrankung, welche genau dieselben Symptome zeigt, wie die echte Dementia paralytica, dabei aber eine ganz andere, deutlich specifische anatomische Grundlage hat (Gumma der Hirnrinde oder dergleichen), will er ganz aus dieser Betrachtung ausgeschieden wissen, da hierdurch nur noch mehr Verirrung entstehen könnte. (Auf Vorschlag von Ballet ist auf dem diesjährigen Congresse für Psychiatrie zu Paris eine internationale Commission gewählt worden, welche eine internationale Statistik über den obigen Gegenstand herbeiführen soll. Ref.) Strauscheid.

---

25) **J. C. Mackenzie:** Myxoedema and its insanity. (Journal of mental science. Juli 1889.)

Verf. beschreibt den Fall einer 40jährigen Frau, die an Myxoedema leidet. Sie stammt aus gesunder Familie, hat in der Jugend einen schweren Typhus durchgemacht, von dem sie sich nicht recht erholte. Sie erwarb später Syphilis. Ihre Kinder waren schwächlich. Seit 1884 zeigt sie eine Geistesstörung. Sie ist sehr argwöhnisch, öfters aufgeregt, sucht dann Händel. Ein anderes Mal ist sie sehr eitel, hat Grössenideen wie ein Paralytiker; oder aber sie ist ernst, sieht stupid um sich her, sagt, dass sie stirbt, spricht ganz langsam und nur auf Fragen. Daneben haben sich die körperlichen Symptome des Myxoedems entwickelt. Von einer glandula thyreoidea ist nichts zu fühlen. Trotz Zunahme an Körpergewicht wird Leben und Bewegen immer schwächer. Die geistige Thätigkeit nimmt immer mehr ab.

Strauscheid.

---

26) On **Myxoedema.** (Dublin Journal of medic. science. Juli 1889.)

Ein Referat über den Rapport des Sammelforschung-Comités, das 1888 von der Clinical-Society in London für das Myxoedem eingesetzt wurde. Das M. ist characterisirt durch geschwollene, trockene, schuppende Haut, Haarverlust, Defecte der Zähne, Veränderung der Stimme, intellectuelle Schwäche, Coordinationsstörungen, subnormale Temperaturen und Verschlimmerung der Symptome durch Kälte, und Verlust oder Mangel der Schilddrüse. In der Hälfte aller Fälle bestehen chronische Psychosen. Aetiologisch fand sich nur die Bedeutung der Heredität, das häufigere Befallenwerden des weiblichen Geschlechts.

Die Schilddrüse findet sich stets verändert; die Veränderung beginnt mit einer kleinzelligen Infiltration in der Wand der Acini mit nachfolgender Epithelwucherung im Innern derselben, bis schliesslich die Drüse ersetzt ist durch ein dünnfasriges, von Rundzellenhaufen durchsetztes Bindegewebe; demnächst ist am häufigsten die Haut verändert, durch Hyperplasie des Bindegewebes, na-

mentlich um Drüsen und Haarzwiebeln herum, und durch eine Entwicklung einer myxoiden Substanz in den weiten Bindengewebsmaschen; nicht in allen Fällen liess sich post mortem darin Mucin nachweisen.

Zahlreiche Exstirpationsversuche an der Gl. thyreoidea von Thieren ergaben ähnliche Zustände, in denen besonders das refractive Verhalten gegen Kälte auffiel; bei Affen traten die nervösen Symptome — Tremor, Contracturen, klonische Krämpfe, Paresen, Parästhesien, Stupor — besonders stark hervor. Horsley (der Bearbeiter des experimentellen Theils) schliesst daraus, dass die Atrophie der Gl. thyr. das Myxoedem hervorruft.

Unter 408 Total- oder Partial-Exstirpationen beim Menschen, heilten 298; 69 darunter erkrankten später an Cachexia strumipara; diese Zahl macht das Causal-Verhältniss für den Menschen recht problematisch. Kurella.

---

27) **Ruland:** Over hydrochloras hyoscini in de psychiatrische Therapie. (Hyoscinum hydrochloricum in der psychiatr. Therapie.)

(Psychiatr. Bladen VI. 3 und 4.)

B. hat bei 100 Dosen von 1—2 Milligr. Hyoscin die bekannte hypnotische und sedative Wirkung gefunden, ohne jemals schädliche Nebenwirkungen zu sehen. Kurella.

---

28) **Mercklin** (Riga): Ueber gynaekologische Behandlung bei Psychosen.

(St. Petersburger Medicinische Wochenschrift 1889. Nro. 16 und 17.)

M. warnt vor gynaecologischer Untersuchung Geisteskranker, wenn nicht deutliche Zeichen erheblicher localer Affectionen vorliegen, und hält eine gynaecologische Therapie nur für berechtigt wenn entweder locale Leiden *für sich* dringend eine Beseitigung erfordern, oder wenn man mit Sicherheit in der vorhandenen Sexualerkrankung eine Ursache der Psychose erkennt. Reiche casuistische Citate begründen diese Thesen.

Kurella.

---

29) **W. S. Playfair:** On the cure of the Morphia and Alcoholic habit.

(Journal of mental science Juli 1889.)

P. hat bei mehreren Damen, die an Morphinismus oder Alkoholismus litten, neben der Entziehung seine bekannte Kur mit bestem Erfolge angewandt. Seine Patientinnen haben während der Morphiumentziehungskur nie Beschwerden gehabt. Er entzieht langsam ca. in 14 Tagen, während zu gleicher Zeit von Anfang an seine Kur consequent gebraucht wird. Man darf von seiner Methode nicht abgehen; lässt man die Pat. zu Hause oder lässt man Freunde zu ihnen, so kann alles verdorben werden. Die ganze Kur dauert 6—8 Wochen. In ähnlicher Weise werden die Alkoholistinnen behandelt. Pl. giebt für beide Verfahren zwei kurze Beispiele. Irgend welche sonstige Arzneien gebraucht Pl. gar nicht. Strauscheid.

---

30) **R. Baker** (York): Notes of ten yars experience in the use of the Turkish bath in the treatment of mental ill-health.
(Journal of mental science Juli 1889.)

Verf. giebt einen Bericht über seine 10jährige Erfahrung über Anwendung von türkischen Bädern bei Geisteskranken. Er empfiehlt dieselben bei Alcoholismus, bei partieller Demenz in mittlerem und höherem Lebensalter, bei Melancholie, welcher von trockener Haut oder gestörter Leberfunktion begleitet ist, sowie bei puerperalem Irresein als ein sehr wirksames Heilmittel. Ein vorzügliches Palliativum sind dieselben bei allen Aufregungszuständen der Epileptiker und Paralytiker. Bei den übrigen chronisch Irren helfen sie dadurch, dass sie diesen etwas Beschäftigung verschaffen und den eigenthümlichen Geruch der Geisteskranken ganz verschwinden machen.

Endlich empfiehlt Verf. dringend den Gebrauch der türkischen Bäder den Irrenärzten selbst, wenn sie Anwandlungen von Trübsinn und Unlust bekommen. Hier wäre also ein Heilmittel für alle gefunden.

Strauscheid.

31) **Die Irrenanstalten im preussischen Staate während der Jahre 1880 bis 1885.** (Preussische Statistik. Amtliches Quellenwerk, C. Heft 108. Herausgegeben vom Königl. Statist. Bureau in Berlin. 1890. gr. 4⁰. 298 Seiten. M. 8.)

Das im Januar ausgegebene Heft bringt die statistischen Nachrichten über die Bewegung der Geisteskranken in den preussischen Irrenanstalten während der 6 Jahre 1880 bis 1885. Die Art und Fülle des hier gebotenen Materials gestattet nur eine abschnittweise Besprechung. Der erste Theil bringt Nachrichten über die Geisteskranken in den Irrenanstalten, der dritte solche über Geisteskranke in Nichtirrenanstalten, der mittlere enthält die Verwaltungsnachrichten.

Ueber die *Grösse* und *Besitzverhältnisse* der Irrenanstalten ist folgendes für das Jahr 1885 gültige dem Berichte zu entnehmen: Dem Staate gehören 2 Irrenkliniken (Berlin und Halle a. S.) mit 123 (B.) plus 40 (H.) Plätzen. Sensu strictiori giebt es mithin in Preussen nur 2 *Staats-Irrenanstalten*. Provinzialirrenanstalten, die *sog. öffentlichen Irrenanstalten*, waren es 37 mit 16323 Plätzen. Dazu kommen noch 272 Plätze in 4 allgemeinen Heilanstalten, die entweder Provinzial- oder Bezirksverbänden angehören. Die übrigen, theils Stadtgemeinden (11), theils religiösen Orden und Genossenschaften (17), milden Stiftungen (15), theils Privatpersonen (70) gehörigen, als *Privatanstalten* zu zählende Institute haben zusammen 10571 Plätze, zu denen auch noch 686 Plätze in städtischen Krankenhäuser hinzukommen. Somit betrug der gesammte, 1885 zu Verfügung stehende Raum:

I.	2 Staatsanstalten	163	Plätze.
II.	37 öffentliche (Provincial) Anstalten	16323	„
	4 Hospitäler	272	„
III.	113 Privatanstalten	10571	„
	17 Hospitäler	686	„
		28015	Plätze.

Auf diesen Plätzen wurden 1885 im Ganzen 36171 Geisteskranke verpflegt.

Weiterhin möchte ich heute nur noch die *allgemeine Krankenbewegung* in *sämmtlichen* Irrenanstalten während der genannten Jahren anführen. Bei den Heilungs-, Besserungs- und Todesfällen sind die Relativzahlen beigesetzt.

	Bestand am 1. Januar.		Zugang während des Jahres.		Summe der Verpflegten.*)		Abgang während des Jahres: Geheilt.		Gebessert.		Ungeheilt.		Gestorben.		Summe des Abganges.		Bestand am 31. Decbr.	
	M.	W.	M.	W.	M.	W,	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
1880	9322	8552	5154	3910	13709	11859	1278 9,21%	816 6,81%	639 4,65%	630 5,31%	900	730	1167 8,51%	752 6,84%	3984	2928	9725	8931
1881	9828	8968	5557	3981	14612	12299	1375 9,41%	767 6,23%	739 5,06%	602 4,79%	706	541	1323 9,05%	834 6,78%	4143	2744	10469	9555
1882	10603	9689	6165	4605	15703	13374	1475 9,36%	804 6,01%	734 4,66%	640 4,79%	939	705	1372 8,71%	833 6,23%	4520	2982	11233	10392
1883	11233	10392	6491	4758	16588	14223	1498 9,03%	826 5,81%	749 4,51%	694 4,88%	925	798	1457 8,79%	884 6,22%	4629	3202	11959	11021
1884	12418	11372	6571	4930	17942	15318	1634 9,11%	912 5,95%	830 4,62%	775 5,06%	949	688	1439 8.02%	920 6,01%	4852	3295	13090	12023
1885	13182	12102	6919	5134	18920	16153	1791 9,47%	949 5,88%	788 4,16%	772 4,78%	1197	637	1615 8,59%	1015 6,28%	5001	3373	13919	12780

*) Nicht Verpflegungs*fälle!*

Wie man sieht ist die Zahl aller Verpflegten von 25568 im Jahre 1880 auf 35073 in 1885 gestiegen. Ob die Ursache dafür in der Vermehrung der Geisteskranken überhaupt zu suchen ist, lässt sich nicht entscheiden, weil das Bedürfniss nach Unterbringung der Kranken an und für sich mit Rücksicht auf die Erwerbs- und Lebensverhältnisse der heutigen Zeit im Steigen ist. Ein bedeutungsvoller Grund des Anwachsens der Krankenzahl in den Anstalten ist die Zunahme des Bestandes. Und diese hat hinwiederum ihren Grund in der geringen Bewegung der Ausgänge der Krankheit.

(Fortsetzung folgt.)

Erlenmeyer.

---

32) **Manning** (Sydney): Address in Psychological medicine. (Journal of mental science Juli 1889.)

Verf. giebt einen *Ueberblick über das Irrenwesen Australiens.* Dort kommt auf 349 Personen 1 Irrer, und zwar auf 330 Männer 1 M. und auf 377 Weiber 1 W. Der Nationalität nach findet man mehr geisteskranke Einwanderer als geborene Australier. 42,09% wurden geheilt, 6,97% gebessert entlassen. 7,9% Todesfälle kamen vor. Unter den Geisteskranken befanden sich 9,35% Idioten und Imbecille, nur 1,8% Paralytiker (!). Die Aufnahme-Bedingungen sind ähnlich wie in England. Nur in einem australischen Staate (Neusüdwales) giebt es Privatirrenanstalten, sonst giebt es in Australien für Geisteskranke, Idioten, irre Verbrecher nur eine Versorgungsart: die Staatsirrenanstalt. Erst kürzlich hat man begonnen besondere Anstalten für Verbrecher zu bauen und hofft Verf., dass dies weiter fortgesetzt wird. Die Aerztezahl ist eine durchaus ungenügende; es kommen auf 325 Kranke 1 Arzt, (!). An eine familiäre Verpflegung armer unschädlicher Geisteskranker wie in Schottland ist in Australien nicht zu denken, dafür fehlt die geeignete Bevölkerung. Verf. wünscht, dass auch für Idioten und Imbecille besondere Anstalten gebaut werden. Er hofft ferner, dass an den australischen Universitäten Gelegenheit geboten wird, Psychiatrie zu studiren, durch Errichtung besonderer Anstalten. In Bezug auf Therapie ist Verf. Vertreter einer sehr energischen consequenten Behandlung der Psychosen mit Arzneimitteln, hydro- und elektrotherapeutischen Maassnahmen. Beigegeben sind der Arbeit eine Anzahl statistischer Tabellen. Strauscheid.

---

33) **H. Newington** (Sussesc): Hospital traetment for recent and curable cases of insanity. (Presidential Address.) (Journal of insanity Oktober 1889.)

Verf. weist die vielfachen Vorwürfe, die immer wieder gegen die Irrenpflege und die Irrenärzte erhoben werden, energisch zurück. Wenn die Psychiatrie heute noch lange nicht so weit ausgebaut ist, wie die übrigen ärztlichen Disciplinen, so liegt dies an der Neuheit des Studiums überhaupt; jedenfalls kann den Vertretern der Psychiatrie, die bis heute viel geleistet haben und auf dem Boden des gesammten medicinischen Wissens an der Erforschung ihres Spezialfaches weiter thätig sind, kein Vorwurf gemacht werden. Er geht dann zu seinem Hauptthema über, der Errichtung von

Hospitälern für die frischen und heilbaren Fälle von Geisteskrankheit. Er wünscht zwei Arten derselben. Einmal nämlich sollen in der Nähe der grossen Irrenanstalten solche Hospitäler mit ganz besonderer Einrichtung geschaffen werden. Verf. glaubt dass für etwa $^1/_{15}$ der Patientenzahl der Irrenanstalt, Raum in dem Hospital geschaffen werden müsse. Ausserdem wünscht N. die Erbauung von Irrenkliniken in den Universitätsstädten; über deren ärztliche Leitung, die nach englischer Art eine complicirte ist, möge man im Original die Ansichten des Verf. nachsehen. Strauscheid.

---

34) **J. P. Bancroft** (New-Hampshire): Separate provision for the recent, the curable and the appreciative insane. (American journal of insanity. Oct. 1889.)

Während für die reichen und wohlhabenden Geisteskranken allenthalben wohlgesorgt ist, lässt die Fürsorge für die ärmeren noch manches zu wünschen übrig. Bis jetzt werden die frischen und heilbaren Fälle zusammen mit den chronischen unheilbaren, apathischer Patienten in zum grossen Theil riesigen Irrenanstalten verpflegt. Mit wie grossen Unzuträglichkeiten für erstere dies Zusammensein verknüpft ist, braucht nicht auseinandergetzt zu werden. Will man bessere Heilresultate erzielen, so muss man besondere hospitalartige Anstalten für die frischen und heilbaren Kranken erbauen, wo denselben eine sorgsame, individualisirende ärztliche Behandlung zu Theil werden kann. Da die meisten Anstalten schon überfüllt sind und also doch Neubauten nöthig werden, so möge man diese für den genannten Zweck einrichten. Uebrigens ist eine Anzahl von amerikanischen Staaten schon mit Einrichtung solcher Anstalten vorgegangen. Strauscheid.

---

35) **Verhandlungen der I. schweizerischen Conferenz für das Idiotenwesen in Zürich am 3. und 4. Juni 1889.** Herausgegeben von Pfarrer A. Ritter. (Zürich, S. Höhr 1880. 179. S.)

An der Conferenz nahmen von ärztlicher Seite besonders Wildermuth (Stetten) und Forel (Zürich) Theil, wovon der erstere einen Vortrag über die Pathologie der idiotischen Zustände, der letztere über jugendliche Geisteskranke hielt; diese Vorträge waren, da sie für Nichtmediziner gehalten wurden, allgemein verständlich und geben einen klaren Ueberblick über die betreffende Themata. Des weiteren sprach Herr Kölle über die Einrichtung von Idiotenanstalten, deren Organisation er ausführlicher schildert; bis jetzt existiren in der Schweiz nur Privatanstalten, während es doch Pflicht des Staates ist, hierfür zu sorgen. Die Leitung einer solchen Anstalt gebührt einem Psychiater, nicht wie Redner meint, bald einem Lehrer, bald einem Pfarrer, bald einem Arzte. Herr Erhart sprach über die Versorgung der schwerhörigen Schwachsinnigen resp. schwachbefähigter taubstummer Kinder, die nach allgemeinem Urtheile am besten getrennt von normal beanlagten Taubstummen unterrichtet werden sollen, am zweckmässigsten wohl in einer Idiotenanstalt, wo sie aber eigenen Unterricht haben müssen.

Es folgen dann Referate über das Vorkommen von Idioten und Schwachsinnigen in den einzelnen Kantonen, die manches Interessante darbieten.

Erwähnt sei hier nur aus dem Referate über Wallis, dass in diesem Kanton der früher als der wahre Sitz des Kretinismus in der Schweiz gegolten, nur noch verhältnissmässig wenige (etwa $^1/_5$ der früheren Zahl) ausgebildete Cretins vorkommen. Der betreffende Referent, Dr. Bonvin sagt, dass in den Ortschaften, wo Kretinismus endemisch ist, die älteren Bewohner eine gewisse Immunität gegen die Krankheit erlangen, dass dagegen die neuen Ansiedler dem Kretinismus einen Tribut zahlen müssen der die ersten Kinder trifft, die auf diesem neuen Boden das Tageslicht erblicken. Ueberhaupt sind es in den Familien, wo man kretinenartige Kinder findet, meist die Erstgeborenen, die krank sind, während die folgenden ganz gesund sind. Es würde sich darnach empfehlen Schwangere aus dem Orte, wo Kretinismus herrscht, zu entfernen ebenso wie auch die Neugeborenen während der ersten drei Jahre zu entfernen.

Ferner beschäftigte sich die Conferenz mit der Frage der „Hilfsklassen für Schwachbefähigte“. Es dürfen die minder Begabten nicht in den Normalschulen unterrichtet werden, wo sie verkommen, sondern es müssen Hilfsklassen errichtet werden, die speciell für diese bestimmt sind. Hier dürfen durchschnittlich nie mehr als 20—25 zusammen unterrichtet werden. Dergleichen Schulen, für deren Errichtung der Staat verpflichtet ist, wirken in einer ganzen Reihe von grösseren Städten Deutschlands und der Schweiz mit grossem Nutzen, was von allen zugegeben wird, die einmal derartige Anstalten besuchten, selbst wenn sie früher Gegner derselben waren.

Auch sonst bietet die Schrift des Interessanten noch manches, weshalb sie unsern Lesern empfohlen werden kann. Strauscheid.

---

36) Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalt für Schwachsinnige und Epileptische in Stetten, vom 1. October 1887 bis Ende 1888.

Die seit 40 Jahren bestehende Anstalt, deren ärztlicher Leiter bisher der wohlbekannte Dr. Wildermuth war, veröffentlicht einen in vieler Beziehung beachtenswerthen Bericht.

Am Schluss der Berichtszeit zählte die Abtheilung für Epileptische 85 männliche, 73 weibliche Patienten, die für Idioten 114 M., 48 W.

Im Etatsjahr traten 29 Epileptiker aus, davon 7 durch Tod, 3 genesen, 14 gebessert. Eine der genesenen war ein 20jähriges Mädchen mit traumatischer Hystero-Epilepsie.

Ueber die Todesfälle liegen genaue Sectionsberichte vor, die durch ihren Inhalt dem einzigen Arzte der 310 Patienten zählenden Anstalt die grösste Ehre machen. Dem Referenten haben durch die Güte Wildermuth's die ursprünglichen Sectionsberichte vorgelegen, in denen jedes Idiotengehirn in ausgezeichneter Photographie und ergänzenden Tuschskizzen reproducirt ist, als Beilagen zu dem Anstaltsbericht für die Medicinalbehörde. Bei einem 17jährigen Knaben, bei dem das linke Bein der Hauptsitz der Cloni und daneben Sitz eines recurrirenden Oedems war, fand sich eine hochgradige atrophische Schrumpfung des rechten oberen Scheitelläppchens.

In die Epileptikerabtheilung wurden 34 Patienten (20 M. 14 W.) aufgenommen, 20% konnten als psychisch normal gelten; 2 litten an periodischen Psychosen, 3 an ausgesprochenem moralischem Irresein. An Epilepsie mit halbseitiger Lähmung (als Folge von polioencephalit. infantil.) litten 3, sämmtlich hochgradig schwachsinnig. Ein epileptischer Knabe litt an ekstatischen Zuständen die für Besessenheit gegolten hat.

Degenerationszeichen fanden sich bei 76% der Aufgenommenen, darunter 9 mal Fehlen des Kniephänomens! Anomalien der Papilla optica 6 mal. Amylenhydrat wurde mit entschiedenem Erfolge gegen nächtliche Anfälle gegeben.

Aus der Abtheilung für Idioten wurden 206 entlassen, 1 geheilt, 9 gebessert, 7 gestorben. Die Genesene war ein mit 8 Jahren an acutem moralischem Irresein erkranktes Mädchen, die nach 11 Monaten zu dauernder Heilung kam. Krankheitsursache war überstürzte intellectuelle Entwicklung durch forcirten Unterricht. Bei den Verstorbenen fanden sich zweimal sehr atypische Windungen. 19 Pat. wurden in die Idioten-Abtheilung aufgenommen; congenital idiotisch waren 15, 3 mal nach Meningitis. Degenerationszeichen fanden sich bei 70%, plumper, für Idiotie characteristischer Gang bei 72%, Abnormitäten des Kniephänomens bei 24%.

Die jährliche Einnahme betrug 205,368 Mark, davon 10,000 M. aus Gaben und Collecten, 11000 M. aus Haus-Industrie und Landwirthschaft; unter den Ausgaben figuriren 5700 M. für Medicamente. Das Wartpersonal zählte 58 Personen, Lehrer und Handwerks-Lehrmeister waren 14 thätig. Das Kostgeld beträgt für heilbare Kinder in minimo 120 Mk. Die Anstalt, welche übrigens einen Staatszuschuss von 20,000 Mark bezieht und von wohlhabenden Pfleglingen höhere Sätze fordert, ist ein Unternehmen der inneren Mission. Ein entsprechender frömmelnder Ton macht sich nun in den neueren Jahresberichten mehr und mehr geltend (vgl. z. B. diesen Bericht p. 7, Zeile 19—25), und man hat 1889 die Mitwirkung eines ausgezeichneten Neurologen — als solcher dürfte Wildermuth wohl bekannt sein — als lästig empfunden; es ist ihm nahe gelegt worden, den Schwerpunkt seiner Thätigkeit in die Landpraxis zu verlegen, und das ist, nachdem W. in diesem Jahre seine Stelle niedergelegt hat, seinem Nachfolger zur Bedingung gemacht worden.

Es braucht an dieser Stelle nicht ausgeführt zu werden, welche Bedeutung für eine derartige Anstalt die Leitung durch einen neurologisch hervorragend gebildeten Psychiater hat, und welche Bedeutung für diesen selbst das Studium der Idiotie hat, vor allem für die Localisation der Herdkrankheiten, die Cranio-Pathologie, die Kenntniss des Faserverlaufs im Central-Nervensystem. Das lehrt schon ein Blick auf die Schätze an pathologischem Material, die von W. in den Abbildungen des oben citirten Berichts an die Medicinalbehörde in Stuttgart niedergelegt sind, und die hoffentlich bald gehoben und an die Oeffentlichkeit gebracht werden.

Die unter geistlicher Leitung stehenden Anstalten für Epileptiker und Idioten beginnen sich zu mehren, die Dunkelmänner fühlen ihre Zeit gekommen,

und bisher ist nichts davon verlautbart, dass ein psychiatrisch oder neurologisch irgendwie namhafter Arzt neuerdings eine Stellung an einer derartigen Anstalt angenommen hätte.

Kein Anderer, denn der Leiter der ganzen Bewegung, Herr v. Bodelschwingh in Beth-El, meint in seinem beachtenswerthen Rathgeber für Epileptische, (p. 18 Zeile 18—23): „So oft die Aerzte versuchten, *andre* Mittel anzuwenden, (nämlich als gemeinsames Predigthören und Singen Ref.) oder bei einer grösseren Zahl der Kranken, diese Arznei (das Singen. Ref.) zeitweilig auszusetzen, trat sofort eine solche Zunahme der Anfälle ein, dass die Hausväter und Hausmütter der Kranken wieder um Rückkehr zu den alten bewährten Mitteln (scil. Beten und Singen. Ref.) baten.“

Ein Mann wie Wildermuth hat freilich keine Veranlassung, sich seine Therapie vom Hausvater beobergutachten zu lassen, und auch weniger bedeutende Collegen werden in einer solchen Atmosphäre nicht lange gedeihen können. Kurella.

---

37) **J. Mies** (Bonn): Eine neue Methode den Schädel darzustellen.

(München 1889. Lindauer'sche Buchhandlung (Schöpping).

Diese gleichzeitig mit nebenstehendem französischen Texte veröffentlichte Abhandlung giebt eine neue Methode an, von einem räumlichen Objecte, speciell von einem Schädel, eine stereometrische Nachbildung zu ermöglichen. Mit Hülfe des ebenfalls vom Verf. construirten Schädelmessers werden geometrische Zeichnungen von 5 Longitudinalconturen und von 7 Quercontaren des je untersuchenden Schädels angefertigt. Alle diese Curven stellen den Durchschnitt des Schädels durch je eine Ebene dar, die senkrecht auf der „Horizontalebene“ steht. Die Curven der ersten Gruppe werden von der medialen Sagittalebene und von parallelen Ebenen, die 20 resp. 40 mm. rechts oder links von jener durch den Schädel gelegt sind, gebildet. Die Curven der anderen Gruppe entsprechen den Durchschnittslinien des Schädels mit 7 auf den beiden ersten ebenfalls senkrecht stehenden Ebenen: eine derselben enthält den Querumfang des Schädels, die anderen liegen 60, 40 und 20 mm vor, und 20, 33½ und 60 mm. hinter jener. Schneidet man nun die durch jede dieser Curven umgrenzte Zeichnung aus dem Carton, auf dem sie durch den Craniographen entworfen ist, aus und befestigt man dieselben in ihrer richtigen Orientirung auf einem horizontalen Carton, dessen Conturen den Horizontalumfang des Schädels darstellen, so erhält man ein stereometrisches Modell, das die äussere Form des Schädels in sehr übersichtlicher Weise wiedergiebt und zwar nicht nur dem Hirntheil, sondern auch dem Gesichtstheil desselben. Eine ähnliche Methode hat kürzlich der Frhr. von Blomberg in seiner Dissertation angegeben, doch hat er den Gesichtstheil des Schädels weniger berücksichtigen können; er hatte sich die Aufgabe gestellt, statt der Hirnkapsel selbst ein dieser sich möglichst anschmiegendes „eingeschriebenes“ Polyeder zu construiren, dessen Eckpunkte er durch Raumcoordinaten bestimmte.

Für anthropologische Zwecke dürfte der Mies'schen Methode der Vorzug zu geben sein; ob freilich die zeitraubende Arbeit in einem günstigen Verhältniss zu den vorläufig zu erhoffenden Resultaten stehen wird, vermag Ref. nicht zu beurtheilen, da er keine der beiden Methoden praktisch erpobt hat. Der Mies'sche Zeichenapparat nebst Zubehör ist ziemlich theuer, da er nach einer liebenswürdigen Mittheilung des Verf. ca. 900 M. kostet.

Vergl. auch die erste Abhandlung von Mies (Münchener Dissertation von 1887 und die Januarnummer des Correspondenzplattes der Deutschen Gesellschaft für Anthropologie etc. vom Jahre 1888.) Sommer.

---

38) **Bianchi** (Mailand): Un megalomane truffatore e falsario. (Ein paranoischer Schwindler.) (Arch. di psich. e scienze pen. 1889. H. 2.)

Ein Paranoicus bietet eine Reihe von Projecten zur Ausführung aus, und weiss sich dazu, da er stets elegant auftritt, und, um Equipagen miethen zu können, hungert, einen gewissen Credit zu verschaffen. U. a. hat er das Project, die weggeworfenen Obstkerne aufzusammeln und nach Preussen zu schicken, um daraus Blausäure (acido prussico!) fabriciren zu lassen. Es war in diesem Falle sehr schwer, den Richtern die Psychose klar zu machen. Kurella.

---

39) **Bourneville et Raoult** (Paris): Imbécillité légère. Instabilité mentale avec perversion des instincts et impulsions génitales. Kleptomanie, onanisme, sodomie, syphilis.) (Archives de neurologie Juli 1889.)

Es handelt sich hier um einen erheblich belasteten jungen Mann von 22 Jahren. Während seine Mutter schwanger mit ihm ging, war sie immer dem unangenehmen Eindrucke einer idiotischen und epileptischen Verwandten ausgesetzt. Pat. hatte bis zum 4. Jahre Incontinentia urinae, bis zum 12. Jahre Incontinentiia alvi. In der Schule bemerkte man seine mangelhafte Intelligenz; er lernte nur schwer lesen und schreiben. Wegen seiner Streiche, seiner Grimassen wurde er nach einander von mehreren Schulen weggeschickt. Er war vielfach heftig gegen die anderen Kinder, liess sich auch vom Lehrer nichts sagen und kam desshalb in eine Besserungsanstalt. Im Alter von 12 Jahren bekam er Krampfanfälle, die ein Arzt für epileptisch erklärte, wovon man aber später nichts mehr bei Pat. merkte; dagegen hatte er später vielfach heftige Zornanfälle. Bei der Untersuchung fand bei dem Pat. Nystagmus, Zittern der Augenlider und der Hände, Unregelmässigkeit des Gaumenbogens, welcher stark spitzbogisch ist, lispelnde Aussprache, Hydospadie. Schon in früher Jugend trieb Pat. Onanie, versuchte mit jungen Mädchen umzugehen, trieb andere Kinder zur eignen und gegenseitigen Masturbation. Im Hospital Bicêtre, wohin er mit 14 Jahren kam, zeigten sich Perioden von geschlechtlicher Erregung, wo er die anderen Kinder an sich zog, sie befühlte, sich von ihnen befühlen liess, Paederastie mit ihnen zu treiben suchte, sie stürmisch küsste und manchmal in den Hals biss, und Perioden von grösserer

Ruhe. Durch einen Krankenwärter, der mit ihm wie mit einer Reihe anderer Kinder im Hospital Paederastie trieb, acquirirte er Syphilis, die intercurrenter Krankheiten halber nur mässig behandelt werden konnte. Es handelt sich hier nicht um perverse Sexualempfindung, da Pat. vor und nach seinem Hospitalaufenthalte die Frauen aufsuchte, seinen Eltern Geld stahl, um mit jenen geschlechtlich verkehren zu können, wobei er auch eine Gonorrhöe sich zuzog. Die körperliche Entwicklung des Pat. war normal. Im Hospitale lernte er das Schusterhandwerk, war aber später in keiner Werkstatt, wie auch in keinem anderen Dienste zu gebrauchen.

Strauscheid.

III. Tagesgeschichte.

— Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Carl Westphal in Berlin ist gestorben. — Professor Dr. Rudolph Schaerer, Director der Irrenanstalt Waldau, Professor der Psychiatrie an der Universität Bern ist gestorben. — Dr. Courtney, Superintendent des District Asylum in Limerick (Ireland) ist zum Inspector of Lunatic Asylums ernannt, eine Ernennung über die eine allgemeine ausserordentliche Befriedigung herrscht, obwohl der Erwählte — kein praktischer Irrenarzt ist. — Dr. H. Kurella ist zum Ehrenmitglied der niederländischen Gesellschaft für Psychiatrie ernannt worden. — *Neurological society of London.* In der am 23. Januar stattgefundenen Generalversammlung wurde der Jahresvorstand für 1890 wie folgt gewählt: Präsident: Thom. Buzzard. Vicepräsidenten: Bristowe und Sully. Rath: Hughes Bennet, Ferrier, Hutchinson, Jackson, Roos, Savage, Schäfer, Sharkey, de Watteville und S. Wilks. —

— Der III. internationale Congress gegen den Missbrauch alkoholischer Getränke findet vom 3.—5. September d. J. in Christiania statt. Präsident des perm. Comités ist Professor Dr. Forel in Zürich. Anmeldungen an Dr. G. E. Bentzen, Generalsecretair in Christiania.

— Für den *X. internationalen Medicinischen Congress,* der vom 4.—9. August in *Berlin* tagt, ist das Organisations-Comité der Section für Neurologie und Psychiatrie aus folgenden Herren gebildet: Binswanger in Jena. Emminghaus in Freiburg. Erb in Heidelberg. Flechsig in Leipzig. Fürstner in Heidelberg. Grashey in Münschen. Hitzig in Halle. Jolly in Strassburg. Laehr in Berlin. Letzterer führt die Geschäfte; an ihn sind auch alle die Section betreffenden Mittheilungen zu richten. Theilnehmerkarten (M. 20.) sind vor Beginn des Congresses von Herrn Dr. M. Bartels, Bureau des Hauses der Abgeordneten Berlin S. W., Leipzigerstrasse 75 zu haben. Das Comité hat eine Einladung zur Theilnahme an den Verhandlungen der Abth. für Neurologie und Psychiatrie versandt, in welcher das vorläufige Programm wie folgt angegeben ist:

1. Chirurgie des Centralnervensystems.
   Referent: Prof. Dr. Victor Horsley in London.

2. Die traumatischen Neurosen.
   Referent: Prof. Dr. Schultze in Bonn.
3. Die pathologische Anatomie der Dementia paralytica.
   Referent: Prof. Dr. Mendel in Berlin.

— Der Vorstand des *Vereins der deutschen Irrenärzte* hat mit Rücksicht auf den internationalen Congress beschlossen von einer Versammlung des Vereins in diesem Jahre Abstand zu nehmen.

— In Dalldorf soll wegen der wachsenden Zahl der in Familienpflege innerhalb der Vororte Berlins untergebrachten Irren zur Controlle derselben ein siebenter Assistenz-Arzt angestellt werden. — Wegen der durch die Einrichtung der Irrenstation bei der Strafanstalt Moabit bedingten Zunahme irrer Verbrecher in Dalldorf, welche anderen Provinzen angehören, ist bei dem Magistrat die Erhebung entsprechender Vorstellungen bei dem Minister des Innern beantragt und von demselben beschlossen worden.

— **Berlin.** In der *städtischen Irrenanstalt* zu Dalldorf war am 31. December 1889 der Bestand 1318 (701 M. 607 W.) Kranke. In *Privatanstalten* waren auf Kosten der Stadt untergebracht 1206 (500 M. 656 W.) Kranke, in *Privatpflege* 95 (47 M. 48 W.) Kranke. Zusammen also 2619 (1298 M. 1321 W.) Geisteskranke. — In der *Idioten-Anstalt* in Dalldorf betrug der Bestand am 31. December 1889 201 (134 M. 67 W.). In Privatpflege waren 32 Idioten (26 M. 6 W.).

— In den *Vereinigten Staaten von Nordamerika* ist ein *neues Irrengesetz*, genannt „The Gallup Lunacy bill", in Vorbereitung, durch welches die bestehenden Vorschriften über die Aufnahme und Unterbringung, ferner die Untersuchung der Kranken durch ein besonderes juristisch-medicinisches Comité besser geregelt werden sollen. Die Neurological Society in New-York ist bei der Berathung des Gesetzes durch ein besonderes Comité vertreten, welches in der Sitzung der Gesellschaft am 4. Februar ein Bericht erstattete, aus dem folgendes zu entnehmen ist. Das Comité hat folgende 6 Punkte angenommen: 1) Der Transport von geisteskranken Männern darf nur durch Wärter, der von geisteskr. Frauen nur durch Wärterinnen erfolgen. 2) Es können „freiwillige" Patienten in die Anstalt aufgenommen werden. 3) Dringende Fälle können ohne irgend welche Papiere auf 3 Tage aufgenommen werden. 4) Geisteskranke dürfen in Gefängnissen — also wohl irre Verbrecher — mit Verbrechern nicht in demselben Zimmer untergebracht werden. 5) Besuche in der Heimath unter Verantwortung der Anstaltsärzte sind zu gestatten. 6) Familienpflege passender Fälle nach schottischem Muster. Andere Punkte erfreuen sich des Beifalls des Comités nicht; wir können dieselben hier übergehen.

— Die Grossherzogl. Hessische Regierung hat im Landtage für die *Erbauung einer Irrenklinik* bei der Landesuniversität *Giessen* einen Credit von M. 735000 gefordert.

— *Krankenbewegung in Gartnavel,* Glasgow Royal Lunatic asylum, in 1889 war: Bestand 480. Abgang 208 (darunter 56 Heilungen, 26 Todesfälle.) Zugang 152. — *In London* plant man die *Errichtung einer neuen Irrenanstalt* mit 100 Betten. Kostenanschlag 640000 Mark. Mit der Anstalt soll eine Art Klinik für das Studium der Geisteskrankheiten verbunden werden. —

— In welcher Weise *Trunksucht und Verbrechen* in nächster Berührung stehen, ergab ein *Vortrag,* welchen der Anstaltsarzt des Strafgefängnisses in Plötzensee, Sanitätsrath Dr. Baer, im März d. J. hielt. Nach einer sorgsam in den Krankenhäusern des Deutschen Reiches angestellten Statistik haben im Jahre 1881 4200 Personen, 1882 5003, 1883 7040, 1884 8954 und 1885 10,360 Personen in den Krankenhäusern am Säuferwahnsinn und chronischen Alkoholismus gelitten. Im Jahre 1885 waren es in preussischen Krankenhäusern allein 8163. In den letzten drei Jahren hat sich diese Zahl etwas vermindert. Ausserdem sind in dem letztgenannten Jahre auch noch 1614 Deliranten in die Irrenanstalten gebracht und unter den Selbstmorden befanden sich allein 700 von Trunkenbolden. In Deutschland sind von *100 Geisteskranken 25 Trinker!* Dass die Trunksucht eine Hauptquelle für die Zunahme von Verbrechen ist, zeigt die tägliche Erfahrung. Es sind in dieser Beziehung in 32 Strafanstalten Deutschlands Ermittelungen angestellt und die Angaben über 32,837 Gefangene beigebracht worden. Von ihnen hatten 13,706 oder 41 v. H. ihr Verbrechen unter dem Einflusse des Alkohols begangen. In *Plötzensee* sind 3227 Gefangene nach dieser Richtung hin untersucht worden. Es ergaben sich unter denselben 1174 Trinker, von denen 51⁰/o bei Körperverletzungen, 70 v. H. bei Widerständen, 55 v. H. bei Hausfriedensbrüchen, ferner bei Sittlichkeitsvergehen und Sachbeschädigungen betheiligt waren. In 61 Strafanstalten sind auch Untersuchungen angestellt worden, an welchem *Tage* die betreffenden Verbrechen begangen sind, und da hat sich bei 2178 Personen, welche wegen Körperverletzung, Todtschlag und dgl. verurtheilt sind, herausgestellt, dass die Verbrechen in den meisten Fällen auf den Sonnabend Abend, Sonntag oder „blauen Montag" fielen.

— Die französische Gesellschaft gegen den Missbrauch geistiger Getränke hat einen Preis von Frcs. 1000 (Prix Lunier) für die beste Arbeit über das Thema ausgesetzt: Welches sind die erblichen Folgen der Trunksucht? Welche Maasregeln sind anzuwenden um die Entstehung dieser Folgen zu verhüten, oder um ihre Wirkung zu mildern? Die prophylactischen Maassregeln können moralischer, socialer oder therapeutischer Art sein. Es sind besondere Rücksichten auf die Arbeiten Lunier's zu nehmen. Ausnahmsweise können auch publicirte Arbeiten aus den letzten 2 Jahren zur Bewerbung zugelassen werden. Die Arbeiten sind zum 31. December 1890 an Dr. Motet, 161 rue de Charonne in Paris unter den üblichen Formalitäten einzusenden. —

— In *Nürnberg* hat der Kreisschulinspector die sehr lobenswerthe Anregung gegeben, *geistig nicht normale Kinder aus der Volksschule zu entfernen und in besonderen Schulklassen zu unterrichten.* Der Stadtmagistrat hat sich gegen diese Anregung erklärt mit Gründen, die erkennen lassen, dass ihm die Pädagogik geistig minderwertiger Kinder fremd ist.

— Die deutsche Section der internationalen kriminalistischen Vereinigung.

Es ist bemerkenswerth, dass die unmittelbare Wirkung der criminellen Anthropologie auf die Anthropologen und Psychiater des Continents noch immer fast ganz latent bleibt; dies lange Stadium latenter Reizung mag wohl zum Theil dadurch bedingt sein, dass Vorsicht und Behutsamkeit in den officiellen Cirkeln eine Hemmung bedingen, die sich nach aussen in anhaltender Latenz der Reizung erkennbar macht.

In den Kreisen der Juristen lässt sich um so deutlicher die mittelbare Wirkung der neuen Criminalistik beobachten; diese Wirkung spricht sich zunächst in der Gründung der internationalen kriminalistischen Vereinigung aus, deren deutsche Mitglieder

ihre erste Landesversammlung am 25. und 27. März in Halle abgehalten haben. Am ersten Verhandlungstage wurde über die bekanntlich in Belgien bereits eingeführte „bedingte Verurtheilung“ berathen, der nur v. Kirchenheim entschieden Opposition machte, während die meisten andern Redner sich dahin aussprachen, dass die Vollziehung erstmaliger Freiheitsstrafen unter 3 Monat suspendirt werden solle, so lange keine neue Strafthat einträte. Die Wichtigkeit dieser Maassregel für unser Gefängnisswesen geht vor allem schon daraus hervor, dass durch diese Maassregel etwa 15% aller Freiheitsstrafen, in absoluten Zahlen 150—200,000 Personen im Jahr den Gefängnissen fern bleiben würden.

Unvergleichlich wichtiger aber waren die Verhandlungen des zweiten Tages; Ref. weiss nicht, ob dieser Sitzung Psychiater oder Gerichtsärzte beigewohnt haben; hervorgetreten sind sie jedenfalls nicht, und das muss aufs tiefste bedauert werden. Die Verhandlungen sollen im Folgenden ohne jeden Commentar resumirt werden, und es bleibt dem Leser überlassen, festzustellen, wieweit in den Vorschlägen dieser Juristen-Versammlung die Ideen von Lombroso, Benedikt und Kraepelin nachwirken.

Den Vorsitz am zweiten Berathungstage führte Herr Landgerichtspräsident Werner-Halle. Es wurde in die Berathung der Frage eingetreten: „Wie ist der Begriff des Rückfalls gesetzlich zu bestimmen und welche Strafmittel sind wiederholt Rückfälligen (Unverbesserlichen) gegenüber zu empfehlen?“ Professor von Lilienthal definirt nun den Begriff des Rückfalls folgendermaassen: „1. Unter Rückfall ist zu verstehen die Begehung einer neuen Strafthat nach vorgängiger Verbüssung einer für ein Verbrechen oder Vergehen verhängten Freiheitsstrafe. 2. Es ist zwischen ungleichartigem und gleichartigem Rückfall zu unterscheiden. Letzterer liegt vor, wenn die Strafthaten aus dem gleichen Motive entsprungen sind. 3. Der Rückfall bildet einen Grund der nothwendigen Strafschärfung. Dieselbe muss eine bedeutendere beim gleichartigen als beim ungleichartigen Rückfalle sein. Auch für den letztern Fall Festsetzung eines besonderen Strafminimum. 4. Die Starfschärfung unterbleibt, wenn zwischen der Verbüssung der Strafe und der neuen Strafthat ein Zeitraum von drei Jahren verflossen ist. Bei der Wiederholung von Vermögensdelikten kann die Strafschärfung unterbleiben, wenn festgestellt wird, dass der Thäter sich ernstlich bemüht hat, seinen Lebensunterhalt auf redliche Weise zu erwerben. 5. Der wiederholt Rückfällige ist als unverbesserlich anzusehen, wenn entweder: a) *seine Zurechnungsfähigkeit als gemindert erscheint,* oder b) er als Landstreicher umherzieht oder durch **Trunk** oder Ausschweifungen arbeitsunfähig geworden ist, oder c. gewerbsmässig Verbrechen verübt. 6. Die wegen **verminderter Zurechnungsfähigkeit** für unverbesserlich Erklärten sind dauernd in **besondern Anstalten unterzubringen.** Die übrigen „Unverbesserlichen“ sind in *besonderen Abtheilungen der Zuchthäuser* dauernd unterzubringen. Eine probeweise, bei jedem neuen Rückfall widerrufliche Entlassung ist nach mindestens fünfjährigem Aufenthalt in der Anstalt zulässig.

Der Korreferent Herr Staatsanwalt und Privatdozent Dr. H. Harburger in München stimmt im Wesentlichen dem Referenten zu, nur hielt er die Unterscheidung zwischen gleichartigem und ungleichartigem Rückfall nicht nach den Motiven, sondern nach dem verletzten Rechtsgute, wenigstens nicht nach den Motiven allein für geboten. Landgerichtsrath Kronecker legt Gewicht auf die strengere Bestrafung der Rückfälligen, hält Besserungsfähigen gegenüber nur eine Verlängerung der Freiheitsstrafe am Platze, will aber bei bestimmten Vergehen wie Hehlerei, gewerbsmässiges Glücksspiel, Kuppelei etc. das Arbeitshaus zur Annahme empfehlen. — Rechtsanwalt Dr. Pfund empfiehlt die Annahme der Thesen v. Lilienthal's. Die Gleichartigkeit oder Ungleich-

artigkeit des Rückfalls muss nach dem verletzten Rechtsgut, nicht nach den Motiven beurtheilt werden. Den Begriff des gewerbsmässigen Verbrechens mit dem des unverbesserlichen zu identifiziren, halte er nicht für richtig. Prof. Dr. v. Liszt: Ich stehe theoretisch auf dem Standpunkte v. Lilienthal's und will den Unterschied nach den Motiven gemacht wissen. In Betreff der Frage, ob verbesserlich oder unverbesserlich, stehen wir im Anfang der Untersuchung. Bei letzteren möchte auch ich eine intensivere Strafe angewandt wissen. Kammergerichtsrath Olshausen bittet zu unterscheiden, ob jeder Rückfall oder erst der wiederholte Rückfall Strafschärfung begründen soll. Landgerichtsrath Kronecker: Ich will verschärfte kurze Freiheitsstrafen bei solchen Leuten, wo Besserung möglich ist, dagegen Arbeitshaus, wo solche unmöglich ist. Prof. v. Lilienthal: Das Motiv in psychologischer Beziehung vollständig zu zerlegen, ist allerdings unmöglich, aber man könnte ja die Motive in bestimmte Gruppen zusammenfassen und nach diesen Gruppen gleichartigen und ungleichartigen Rückfall unterscheiden. Nach Schluss der Debatte wurden die Anträge folgendermaassen formulirt: 1. Ist Rückfall anzunehmen, wenn die neue und die frühere Strafthat in derselben von der Gesetzgebung zu bezeichnenden Straffallsgruppe liegen? 2. Soll Rückfallsverjährung zugelassen werden? 3. Soll der wiederholte Rückfall einen nothwendigen Strafschärfungsgrund bilden? 4. Empfiehlt sich als Strafmittel gegen wiederholt Rückfällige eine der Art bezw. dem Maasse nach geschärfte Freiheitsstrafe? Mit Zulassung von nachfolgender Unterbringung im Arbeitshause? 5. Soll das Gesetz Anordnungen treffen, welche die dauernde Unterbringung der vom Strafrichter für *unverbesserlich erklärten Uebelthäter in besonderen Abtheilungen* eines Zucht-, Arbeits- oder *Irrenhauses* sichern? 6. Soll bei diesen für unverbesserlich Erklärten nach 5jähriger Detention probeweise Entlassung zulässig sein?“ — Frage 1.—3., 5. und 6. wurden einstimmig, Frage 4. mit grosser Majorität bejaht.

Als letzter Punkt der Tagesordnung wurde verhandelt über Frage 3. „Empfiehlt es sich in den juristischen Vorbereitungsdienst die theoretische und praktische Ausbildung für den Strafvollzug *(Psychiatrie, Gefängnisswesen, Kriminalpolitik)* aufzunehmen: Der Berichterstatter Prof. Bennecke-Giessen führt aus: Da ohne möglichst genaue Kenntniss der Theorie und Praxis des Gefängnissbetriebes und Strafvollzuges die zweckmässige Handhabung besonders der Strafzumessung dem Richter nicht möglich ist, hat sich die Ausbildung des Praktikers auch auf das Gefängnisswesen zu erstrecken. Die in Baden üblichen Einrichtungen erfüllen diesen Zweck in ausreichender Weise und können in den andern Bundesstaaten die Grundlage der zu schaffenden Einrichtungen bilden. Da die Anschauungen über die Einrichtungen des Strafvollzuges auch unter den Praktikern desselben keineswegs einheitliche sind, so wären, wenn z. B. wie in Preussen eine Zentralisirung der Ausbildung nicht möglich ist, doch einheitliche Gesichtspunkte für dieselbe festzustellen. Es ist Werth darauf zu legen, dass die Ausbildung nicht nur die Einrichtungen der grossen, gut geleiteten Anstalten, sondern auch die der kleinen Gerichtsgefängnisse umfasst. Es erscheint wünschenswerth, dass die Ausbildung erst nach dem zweiten Examen stattfinde, sowie dass sie, wenn möglich zu einer obligatorischen gemacht wird. Dabei ist nicht ausgeschlossen, dass auch während des Vorbereitungsdienstes dem Referendar u. s. w. möglichst (z. B. während seiner Thätigkeit beim Staatsanwalt) Gelegenheit geboten werde, Gefängnisseinrichtungen kennen zu lernen. *Auch eine Kenntniss der Grundzüge der kriminalen Psychiatrie, Kriminalistik, kriminalen Anthropologie ist wünschenswerth.* Der Unterricht liesse sich am besten zeitlich mit dem Lehrgang im Gefängnisswesen verbinden. Der leider am Erscheinen verhinderte Mitberichterstatter, Staatsanwalt Uhles-Frankfurt a. M., ist mit allen

diesen Punkten einverstanden, nur möchte er die fragliche Ausbildung in den Vorbereitungsdienst legen und später nochmals einen Kursus durchmachen lassen. Prof. v. Liszt: Die hier behandelte Frage scheint mir nicht, wie der Herr Vorsitzende bemerkt hat, unwichtig, ich halte es vielmehr für sehr wichtig, wenn wir unsere Strafrichter in die Lage bringen, die Strafrechtspflege so zu handhaben, wie sie nöthig ist. Liszt wünscht, dass sich der Strafrichter **von den medicinischen Gutachten möglichst unabhängig mache.**

Nach Schluss der Debatte wird die Frage folgendermaassen formulirt: „Empfiehlt es sich, den praktischen Juristen nach der grossen Staatsprüfung praktisch und theoretisch für den Strafvollzug vorzubereiten?" Die Frage wird mit grosser Majorität bejaht.

Kurella.

— In „Bethesda" (1890, Nro 12), einer christlichen Wochenschrift für „innere Mission" in Dänemark, hat Dr. Helweg mitgetheilt, dass seit einigen Jahren immer mehr Fälle von Geisteskrankheiten vorkommen, für welche religiöse Einwirkungen die determinirenden Ursachen gewesen sind. Im Jahre 1890 sind so unter 172 der in die Irrenanstalt bei Aarhus Aufgenommenen, nach einer genauen Sichtung, 14 solche Fälle gefunden, 2 Männer und 12 Weiber; von diesen hätten 13 ihr Leiden bei der sogenannten „inneren Mission" geholt, und es scheint, dass Angst, durch die Vorstellungen von ewiger Verdammung etc. hervorgerufen, der eigentliche Krankheitserreger sei. H.

Die Redaction bittet die Mitarbeiter um regelmässige Zusendung tagesgeschichtlicher Neuigkeiten. Ferner wird um Uebersendung von Dissertationen und von Separatabdrücken aller neurologischen Journalartikel an die Redaction oder den Verleger gebeten.



Inhalt des April-Hefts.

Coblenz, Druck von Ph. Werle (Löhrstrasse 28).

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dem Begründer des Blattes,

Prof. Charcot in Paris, **van Deventer** in Amsterdam, **Dr. Ireland** in Preston-Pans, **Prof. Kowalewskij** in Charkow,

Prof. Lange in Kopenhagen, **Prof. Lombroso** in Turin, **Prof. Obersteiner** in Wien, **Prof. Seguin** in New-York.

Redigirt von

Dr. Hans Kurella in Allenberg.

Verlag von W. GROOS, Königl. Hofbuchhandlung (Kindt & Meinardus).

Coblenz u. Leipzig.

XIII. Jahrgang. **1890 Mai.** Neue Folge I. Band.

I. Originalien.

I.

Ueber Influenza verbunden mit Nerven- und Geisteskrankheiten.

Nach Beobachtungen in dem Buiten-Hospital in Amsterdam.

Von Director Dr. VAN DEVENTER.

In der letzten Hälfte des December 1889 und im Januar 1890 wurde eine grosse Anzahl der Patienten, die schon auf der Nervenabtheilung verweilten, von der Influenza ergriffen.

In der Mehrzahl der Fälle konnte kein besonders nachtheiliger Einfluss auf den Verlauf der Krankheit wahrgenommen werden, abgesehen von folgenden 3 Fällen.

Im ersten Fall folgte, 6 Tage nach dem Auftreten der Influenza, exitus letalis bei einem 50 jährigen Mann, der seit $1^1/_2$ Jahren an halbseitiger Lähmung nach apoplexia cerebri litt, *obschon* abgesehen von unregelmässiger Herzthätigkeit, keine ernstlichen Erscheinungen wahrgenommen worden waren.

Im zweiten Fall starb ein 36 jähriger Mann, der seit 7 Jahren an der dementen Form der Paralyse litt, 14 Tage nach einem unbedeutenden Influenzaanfall, obschon vorher keine ernstlichen Symptome aufgetreten waren. Dasselbe gilt von einer 41 jährigen Frau; dieselbe klagte bereits seit 10 Jahren über schmerzhafte Empfindungen im Kopf, offenbar als Folge von unglücklichem häuslichen Leben, und von Misshandlungen seitens ihres Mannes, der sie in der Trunkenheit häufig auf den Kopf geschlagen hatte. Vor drei Jahren erschrak sie heftig vor einem Irren, der ihr mit einem Messer nachsetzte, und wurde „leichenblass“. Von da an entwickelte sich die hypochondrische Form der Dementia paralytica. Am 4. Januar trat ein Influenza - Anfall auf, der bereits am 8. wieder wich, ohne sichtbare Folgen zu hinterlassen. Am 15. folgte ein Rückfall, mit mässiger Schwellung der Tonsillen; es traten heftige Anfälle von Tobsucht auf, die durch Verabreichung von Eisstückchen zu unterdrücken waren. Drei Tage nachher erfolgte exitus letalis, nach Auftreten von decubitus. Dagegen wurde bei einem 9 jährigen hysterischen Mädchen ein günstiger Einfluss wahrgenommen. Dieses litt vom ersten Jahre seines Lebens an, an einer Gehirnkrankheit, und im letzten Jahr, nach einem Fall auf den Hinterkopf mit Verwundung, an Anfällen von Benommenheit, hin und wieder verbunden mit Bewusstlosigkeit. Nach einem leichten Anfall von Influenza, traten obengenannte Erscheinungen nicht mehr auf, die Patientin fühlte sich vollkommen wohl, und erklärte ihren Eltern, dass sie jetzt „wieder ganz die Alte“ sei.

Bei einer grossen Anzahl von Nervenleiden verlief die Influenza sowohl für den Patienten selbst, als für seine Umgebung vollkommen latent.

Einige Krankheiten wurden mit Unrecht als Influenza - Psychose bezeichnet so eine 37 jährige Frau, die sich im Stadium maniakale der Dementia paralytica befand, bei der bereits vorher unverkennbare Anzeichen dieses Leidens vorhanden waren. Nur bei einem Fall von Influenza, der ohne weitere Complication verlief, wurden stark in den Vordergrund tretende Delirien wahrgenommen, und zwar bei einem 37 jährigen Mann, der nur den Tag der Erkrankung selbst zu Bett geblieben war, obwohl er sich die darauffolgenden Tage schwach und matt fühlte. Nach dieser Woche musste er wieder das Bett hüten, begann drei Tage darauf zu deliriren, sagte fortwährend, dass er zu Boden fallen müsste, im Wasser läge etc. Nachdem er seine Tochter mit einem Messer bedroht hatte, wurde er in das Buiten-Hospital aufgenommen. Vier Tage darauf war er wieder vollkommen bei Bewusstsein, gab sich Rechenschaft von seinem Zustand und seiner Umgebung aber leugnete, delirirt zu haben. In diesem Falle ist abusus spirituosorum ausgeschlossen, ebenso in folgenden Fällen von Influenza-Pneumonie mit Delirien, wenigstens bei den zwei ersten.

Bei einem 47 jährigen, nicht neuropathisch belasteten Individuum begannen 3 Tage nach dem Auftreten der Influenza-Pneumonie, starke Delirien. Der Patient war äusserst unruhig, wollte stets aus dem Bett und glaubte fortwährend, dass sein Geld von eingebildeten Personen gestohlen sei, die um sein Bett ständen und ihn plagten. Bei lautem Ansprechen gab er sich momentan Rechenschaft von seinem Zustande und von seiner Umgebung.

Hallucinationen waren nicht zu entdecken. 17 Tage nach Beginn der Krankheit erfolgte exitus letalis während der Patient zunehmend schwächer und die Herzthätigkeit unregelmässiger wurde. Die letzten Tage hindurch starker Tremor.

Eine 21 jährige Frau, mit Influenza-Pneumonie und linksseitigen Pyothorax, delirirte, dass sie pfeilschnell himmelhoch in die Luft flöge und ebenso schnell drehend wieder herabfiele, dann kleiner und wieder grösser würde wobei die Decke einmal bleischwer auf ihr lastete, dann wieder so leicht wie eine Feder werde.

Bei einem 28 jährigen Mann dessen Vater und Grossvater Trinker waren, und Selbstmord begangen hatten, der aber selber, besonders in den letzten Jahren sehr mässig gelebt haben soll, trat plötzlich eine heftige Influenza-Pneumonie auf, verbunden mit Delirien. Er ängstigte sich in hohem Maasse, sagte, er sei in der Hölle und die Menschen plagten und marterten ihn, zögen die Kissen unter ihm weg; er sah Thiere, Menschen und grosse Aufzüge, wollte sich beständig ertränken, oder aus dem Fenster stürzen, und kam oft aus dem Bett, um seine Mutter, die er für einen seiner Peiniger hielt, zu misshandeln. Eine Woche nach Beginn der Krankheit wurde der Patient mit doppelseitiger Lungenentzündung und heftigem Fieber aufgenommen. Er gab sich vollkommen klare Rechenschaft von seinem Zustand und seiner Umgebung, gab an, heftiges Stechen im Rücken bekommen zu haben, und „sei dann so beklommen und bestürzt gewesen, habe jedoch nicht delirirt“. Gegen Abend wurde er wieder unruhig und sehr ängstlich, er sah Schlangen um sein Bett herum, die ihn nach der Hölle schleppen wollten; einige Stunden später schlief er ein, und war beim Erwachen ganz bei Bewusstsein. Seither wurden keine psychischen Abweichungen mehr wahrgenommen, die Temperatur wurde, 2 Tage nach der Aufnahme, eine normale, und der Krankheitsverlauf blieb ungestört.

Ein 50 jähriger Mann, der vor 15 Jahren durch einen Säbelhieb am Kopf verwundet worden war, soll nur selten im Uebermass geistige Getränke getrunken haben, und auch dann nur 5—6 Gläser am Tage. Des Morgens pflegte er jedoch auf nüchternen Magen hin und wieder einen Cognac zu trinken, wegen Tremor. Die Influenza-Pneumonie begann mit Herpes „es wirbelt im Kopf, und ist alles verkehrt“. Während der ersten 4 Tage war der Patient sehr unruhig und verwirrt, blieb in dem Wahn, dass er bestohlen, dass mit ihm Comödie gespielt werde, und wollte sich infolgedessen durchaus ertränken. Nach obengenannter Zeit wurde er wieder psychisch vollkommen normal, ohne dass ein kritischer Schlaf vorangegangen wäre, läugnete jedoch, delirirt zu haben, und gab unrichtige Erklärungen über Auftreten und Verlauf seiner Krankheit. Erst 14 Tage später wurde die Temperatur normal, worauf der Kranke bald wieder hergestellt war.

In den Fällen von sogenannter Influenza-Psychose spielt Trunkfälligkeit eine grosse Rolle. Wie aus folgenden Fällen hervorgeht, kann die Krankheit einerseits die Ursache von Excessen in baccho sein, und andrerseits kann vorhergehender, acuter oder chronischer, übermässiger Genuss von Spirituosen seinen Einfluss auf den Krankheitsverlauf geltend machen.

Bei einem 45jährigen Mann, der vor 3 Jahren an Delirium tremens gelitten hatte, seit der Zeit aber mässig gelebt haben soll, trat ein Anfall von Influenza auf, verbunden mit „Delirium und Stimmen im Kopf“, wie der Patient sich ausdrückte. Er fühlte sich „lahm und schwach“, hielt sich jedoch „durch ein Gläschen auf den Beinen“, war in der Regel betrunken, zankte fortwährend mit seiner Frau, und war in der letzten Zeit oft tobsüchtig. Um sich aus diesem Zustande zu befreien, verlangte er, 26 Tage nach Beginn der Krankheit Aufnahme im Buiten-Hospital. Er war ausserordentlich schwach, niedergeschlagen und unlustig, bald fühlte er sich wieder hergestellt, und wurde schon nach 2 Wochen gesund entlassen.

Ein 40jähriger Patient, neuropathisch belastet, heftigen und leidenschaftlichen Characters, dem Trunk ergeben, fiel vor anderthalb Jahren von einer ansehnlichen Höhe herab, und blieb volle 6 Stunden bewusstlos. Seit der Zeit klagt er über verschiedene Sensationen und Benommenheit, vor allem nach dem Genuss von Spirituosen, für die er seit seinem Unfall sehr empfänglich ist. Vor 4 Monaten wurde der Patient in dem Buiten-Hospital 3 Wochen hindurch verpflegt, war bei der Aufnahme in hohem Maasse betrunken, und zeigte das characteristische Bild acuten, hallucinatorischen Delirs. Kurz darauf fiel er in Schlaf, worauf er beständig über ein schwer drückendes Gefühl im Kopf klagte, und einen Anfall von Delirium tremens bekam, der 1 Woche dauerte. Nach seiner Entlassung soll der Patient äusserst mässig gelebt haben. Ende Dezember fühlte er sich „lahm und zerschlagen“, und nahm darum 4—5 Gläser zu sich, worauf sich furor ebriosus entwickelte, und der Patient festgebunden in das Buiten-Hospital geführt wurde. Während des Tobsuchtsanfalls, der ungefähr 6 Stunden dauerte, fluchte, raste und tobte er gegen seine Frau; danach fiel er in Schlaf, und erinnerte sich des Morgens an nichts von alle dem was am vergangenen Tage, von dem Augenblick an, wo er die Spirituosen zu sich genommen, vorgefallen war, und warum er so auf seine Frau gescholten hatte. Schon bei der Aufnahme schien der Patient an Influenza zu leiden, wie der weitere Verlauf nachher bewies, und nach 14 Tagen wurde er gesund entlassen.

Ein 50jähriger Kranker, „der ganz gut seine 6 Gläser vertragen konnte“, wurde ins Hospital gebracht, weil er so benommen war. Er war offenbar in einem Zustande von Trunkenheit, obwohl er an diesem Tage nur 2 Gläser zu sich genommen hatte. Bei näherer Untersuchung schien er ebenfalls an Influenza zu leiden. Nach 9 Tagen wurde er geheilt entlassen.

In nachfolgenden Fällen trat im Verlauf der Influenza Delirium tremens auf.

Ein 30jähriger Brauer, welcher, zuverlässigen Angaben zufolge 5 bis 6 Liter Bier pro Tag, jedoch absolut keinen Schnaps zu trinken pflegte, hatte wegen Anorexie und Tremor täglich „7—8 Schlückchen Kräuterbitter“ als Heilmittel eingenommen. 2 Tage nach dem Auftreten von Influenza begann er zu deliriren, blieb jedoch bis zum folgenden Tage bei der Arbeit.

Wegen heftiger Unruhe musste er darauf in das Buiten-Hospital gebracht werden. Er blieb dabei, dass 2 seiner Kameraden über die Bezah-

lung der letzten Runde in Streit gerathen seien, und dass er nun die Zeche bezahlen müsse. Er behauptete, 50 seiner Kameraden machten mit Flöten einen höllischen Lärm um ihn her, und stiessen ihn immer in die Höhe, vermittelst eines langen Stockes, den sie durch ein kleines Loch in der Wand unter seine Matratze schöben. Den 4. Tag nach Beginn der Krankheit erfolgte ein kritischer Schlaf, worauf der Patient sich wieder „klar im Kopf" fühlte. Während der darauf folgenden Woche klagte er noch über Benommenheit und träumte Nachts von seiner Arbeit.

Bei einem 34 jährigen Alcoholisten trat die Influenza fast von Anfang an mit Delirium tremens auf, verbunden mit Tobsuchtsanfällen, bei denen der Patient gewöhnlich isolirt werden musste. Den 3. Tag schlief er ungefähr 3 Stunden, vom 4. auf den 5. die ganze Nacht hindurch und erwachte darauf „frisch und gesund", wie er sich ausdrückte. Er erinnerte sich an alles, und erzählte, er habe vom Eiffelthurm geträumt, dass er ihn in 24 Stunden aufbauen sollte, dass es ihm aber nicht glücken wollte, trotz all seines Jagens und Eilens, weil seine Kameraden die Arbeit verhinderten, und dass er darum so heftig geworden sei.

Ein 36 jähriger Weinküfer, der die letzten 2 Jahre hindurch mässig gelebt, doch durch die Krankheit seiner Frau viel Schweres durchzumachen gehabt hatte, sah am 2. Tage nach dem Beginn der Krankheit Menschen nach dem Speicher laufen, die mit ihm sprachen. Gegen Abend traten die Erscheinungen von Delirium tremens auf, der Patient wurde sehr unruhig, lief immer aus dem Bett, fürchtete sich, dass ihn seine Brüder vergiften würden, wie sie es schon mit seiner Frau gethan, und musste in der Regel isolirt werden. Bei ernstem Zuspruch zeigte er jedoch, selbst während der heftigsten Unruhe, augenblicksweise eine Einsicht in seine Krankheit, und er sagte dann: „ich bin sicher nicht gesund, ich bin gewiss wahnsinnig". Vier Tage später genas er durch einen tiefen Schlaf.

Ein 40 jähriger Potator, der von 1883—85 an Krampfanfällen, verbunden mit Bewusstlosigkeit gelitten hatte, sah eines Tages, nach dem Auftreten der Influenza die Torfstücke für junge Katzen an. Den Tag darauf begann er alles einzupacken, weil Diebe im Hause seien, setzte diese Beschäftigung die ganze Nacht hindurch fort, und rief schliesslich die Polizei zu Hilfe. Nach dem Buiten-Hospital gebracht, zeigte er das typische Bild von Delirium tremens, vertheidigte sich gegen allerlei Diebe und Thiere, die sich auf ihn stürzten, bis er am 10. Tage nach Beginn der Krankheit in tiefen Schlaf verfiel. Als er daraus erwachte, klagte er über „Kopfschmerzen, ein lahmes, müdes Gefühl in den Beinen" und fühlte sich im Uebrigen wohl. Es bestand Amnesie für seine Krankheit, abgesehen vom ersten Tag.

Ein 40 jähriger Schenkwirth, stark neuropathisch belastet und offenbar dem Trunk ergeben, zeigte vom 4. Tage der Krankheit an bis zu dem Tage seiner Aufnahme im Buiten-Hospital, die ambulatorische Form von Delirium tremens. Er bediente noch immer seine Kunden, war in dem Wahn, dass er von verkleideten Polizeiagenten, die ihn strafen wollten, „ausspionirt"

würde und misshandelte seine Frau zu wiederholten Malen. Bei der Aufnahme in das Buiten-Hospital zeigte er die characteristischen Merkmale von Delirium tremens, sah allerlei Thiere, und war immerfort geschäftig, als ob er seine Kunden bediente. Den folgenden Morgen wurde er nach einem tiefen Schlaf ganz gesund und erinnerte sich vollkommen der Ereignisse der letzten Tage.

Ein 35 jähriger Potator strenuus, stark neuropathisch belastet, der das letzte halbe Jahr hindurch keine Gelegenheit zum Trinken gehabt hatte, bekam von Kameraden „ein tüchtiges Glas", weil er sich „so lahm und eklig" fühlte. Den darauf folgenden Tag schien der Patient, als er seinen Rausch ausgeschlafen hatte, an Influenza zu leiden, sah Ratten, Menschen, hohe Berge, und Polizisten die ihm mit dem Säbel nachsetzten. Er wusste, dass es Einbildungen waren, weil er, — wie er sich ausdrückte, — schon früher an einem ähnlichen Anfall gelitten hatte, wobei er auch „fortwährend Menschen und Thiere sah, die ihn plagten", etc. etc. Aus Furcht, sich nicht halten zu können, wünschte der Patient seine Aufnahme im Buiten-Hospital. Sobald er die Augen schloss, oder im Dunkeln sass, traten Hallucinationen auf, während des Tags war er ruhig, gegen Abend ängstlich. Den 3. Tag nach Beginn der Krankheit zeigte er vollkommen die Erscheinungen von Delirium tremens. Er war in hohem Maasse ängstlich und ungeduldig, in Folge von Sinnestäuschungen. Am 12. Tage kritischer Schlaf und darauf folgende Genesung.

Bei einem 46 jährigen, neuropathisch belasteten Individuum, das sehr wenig Alcohol vertragen konnte, und das letzte halbe Jahr hindurch nach finanziellen Verlusten hin und wieder betrunken war, traten, zwei Tage nach Beginn der Krankheit Gesichtshallucinationen auf, die seine Frau ihm ohne Mühe corrigiren konnte. So sah er im Garten einen Mann mit einer Pfeife im Munde, schwarze Hunde und Katzen, Affen, die ihn greifen wollten, und dergleichen mehr. Er ging dabei aus, verrichtete seine Geschäfte, und war die darauffolgenden Tage in hohem Maasse unruhig und gefährlich für seine Umgebung. Er war zornig über seinen Sohn, der eine Rechnung zerrissen haben sollte, behauptete, dass dieser ihn desswegen im Verein mit seinem Schwager ermorden wolle, strebte mit aller Macht danach, das Bett und das Haus zu verlassen, biss, schlug und stiess um sich, und schrie Mord! Ferner sprach er von elektrischen Dräthen, einem elektrischem Schiff, womit er in 3 Tagen nach Amerika gelangen konnte, und befahl, seine Schimmel bringen zu lassen, um ihn nach dem Boot zu bringen. Den 28. Tag nach Beginn der Krankheit wurde der Patient aufgenommen. Wenn man ihn ganz sich selbst überliess, so zeigten sich bei ihm alle Zeichen des Delirium tremens; wenn man ihn anredete, schrie er: Mord! Mord! Hilfe! Hilfe! in dem Wahn, durch seinen Sohn und Schwager ermordet zu werden. Erst 14 Tage nach der Aufnahme wurde der Patient allmählig ruhiger und konnte endlich nach zwei Wochen hergestellt entlassen werden.

Während in obenangeführten Fällen nach kürzerer oder längerer Zeit Genesung erfolgte, trat bei folgenden 3 Fällen exitus letalis ein.

Ein 46 jähriger, nicht erblich belasteter Potator litt vor 6 Jahren an Pleuro-Pneumonie und volle 2 Jahr an Eresipelas phlegmonoides; in beiden

Fällen trat zwei Tage nach dem Anfange der Krankheit ein epileptischer Anfall auf, worauf sich die Erscheinungen des Delirium tremens entwickelten. Am letzten Dezember trat Influenza auf, und den Tag darauf hatte er zwei epileptische Anfälle und Delirium tremens. Der Patient war äusserst unruhig, eine Beute angsterweckender Hallucinationen, und befand sich fast fortwährend in einem Zustand von furor, die Herzthätigkeit war sehr unregelmässig. Am 5. Januar erfolgte unter zunehmendem Schwächerwerden der Herzthätigkeit exitus letalis.

Unter den gleichen Umständen verstarb ein 39 jähriger Schenkwirth, 4 Tage nach dem Auftreten einer Influenza-Pneumonie. Vom 2. Tage der Krankheit an, glaubte der Patient, von der Polizei wegen eines ihm unbekannten Vergehens gesucht zu werden, fürchtete sich in Folge dessen sehr, und war dabei fortwährend in Bewegung, um, wie er sich ausdrückte, „seine Gäste zu bedienen".

Ein 54 jähriger Potator strenuus mit diffuser Nephritis, litt vom ersten Tage nach dem Auftreten einer Influenz-Pneumonie an, am Delirium tremens, das ungefähr zwei Wochen dauerte. Er warf mit allem was ihm in die Hände kam, nach seinen eingebildeten Verfolgern, die ihn ermorden wollten. In den folgenden Tagen delirirte der Patient Abends und Nachts, während tagsüber keine psychischen Abweichungen wahrgenommen wurden. Sechs Wochen nach Beginn der Krankheit starb er, offenbar an den Folgen seines Nierenleidens.

In allen diesen Fällen waren Hallucinationen der verschiedensten Sinnesgebiete mit Leichtigkeit hervorzurufen und der Patient war, wenigstens auf dem Höhepunkt der Krankheit sehr gefährlich für seine Umgebung.

Erscheinungen von Hysterie wurden ebenfalls zusammen mit dem Auftreten von Influenza wahrgenommen. Zuerst bei einem 4 jährigen Jungen, erblich belastet und von nervösem Naturell. Seit seiner Erkrankung an Influenza traten, zwei Wochen hindurch wiederholte hysterische Anfälle auf.

Ein 10 jähriger Knabe, der in früheren Jahren an Chorea gelitten hatte, ging den 5. Tag nach Beginn der Krankheit wieder aus, hustete indessen noch anhaltend und klagte über Schmerzen im Kopf und Beinen. Vier Tage darauf klagte er plötzlich über ein dumpfes Getöse und Schmerzen im Kopf, wurde blass, fiel hinten über, war bewusstlos, es traten tonische und clonische Convulsionen im Gesicht sowie in den Extremitäten auf, verbunden mit Zähneknirschen. Hierauf zeigte sich arc de cercle, der Kranke drehte sich mehrmals um seine Axe, steckte dabei die Zunge so weit wie möglich heraus, worauf er die Hände kreuzweis über der Brust faltete, die Augen aufschlug und sagte: „ich bin wieder besser". Dergleichen Anfälle traten in den ersten 14 Tagen mehrmals auf. Nach dem Anfall war der Patient sehr empfänglich für Sinnes-Eindrücke, im übrigen reizbar, heftig und beweglich. Eine Woche später zeigten sich bei ihm choreoïde Bewegungen, besonders beim Ausstrecken der Hand.

Ein 39 jähriger Kranker von schwacher Constitution bei dem in den letzten Jahren öfters Erscheinungen von Hysterie in den Vordergrund getreten waren, wenn er sich überarbeitet hatte, litt drei Tage nach dem Auftreten

von Influenza, an vollständiger hysterischer Aura, begleitet von Schwindel, „Brummen im Kopf". Dergleichen Anfälle traten an diesem Tage drei Mal auf, an den folgenden zwei Tagen zwei Mal, resp. ein Mal, worauf keine weiteren Erscheinungen wahrgenommen wurden. Die letzten 3 Tage hindurch fühlte sich der Patient, Dank der günstigen Umstände unter denen er sich befand, ganz wohl.

Ein 13 jähriges, nervöses Mädchen, erblich praedisponirt, behauptete vom Beginn der Krankheit an grundlos, zwei Stecknadeln verschluckt zu haben. Die Mandeln waren stark angeschwollen. In den ersten Tagen traten leichte hysterische Anfälle auf, die mit Lachen oder Weinen endigten, und ohne weiteres zu unterdrücken waren, indem man diesen oder jenen Körpertheil drückte, und dabei sagte, der Anfall sollte aufhören. Auch in diesem Fall waren leichte choreoïde Bewegungen vorhanden, die aber sehr bald verschwanden.

Eine 28 jährige Frau, die während der letzten 4 Jahre in Folge eines heftigen Schrecks an Zufällen litt, machte im Buiten-Hospital, wohin sie zu ihrer Verpflegung gebracht war, einen Anfall von Influenza durch, ohne bemerkenswerthe, nachtheilige Folgen. Drei Wochen später kam ein Rückfall, worauf nach zwei Tagen, zum ersten Mal seit einem halben Jahr, ein heftiger hysterischer Anfall folgte, verbunden, unter anderem, mit Beissen in das Kissen, Drehen um ihre Axe, arc de cercle und starkes in die Höheschnellen. Solche Anfälle traten während der ersten 3 Tage wiederholentlich auf.

Eine 40 jährige Hysterica und Neurasthenica wurde während des latenten Verlaufs ihrer Krankheit in hohem Maase lästig und zänkisch, raisonnirte und querulirte den ganzen Tag, behauptete fälschlich, dass eine ihrer Mitpatienten ihr einen Stoss in den Rücken gegeben habe, obgleich sie, da sie gern medicinische Bücher las, eine solche Empfindung *sonst* mit dem Namen „Zwangsvorstellung" belegte, wie sie auch später zugab. Eine Woche darauf war sie wieder ruhig, und sagte, in diesen Tagen wäre ihr ganzes System durcheinander gewesen, und nur darum sei sie lästig geworden.

Eine 56 jährige Hysterica begann unter dem Einfluss der Krankheit, heftig zu toben und zu rasen, auf alles und Jedermann zu schimpfen, trotz der unbeschreiblichen Geduld ihrer Umgebung, sodass ihre Mitpatientinen sie heruntermachten. Zur Entschuldigung sagte die Patientin, die nicht wusste, dass sie an Influenza litt, dass „ihre Nerven die Oberhand" bekommen hätten! Nach ein paar Wochen traten diese Erscheinungen allmählig in den Hintergrund und wurden wie zuvor, nicht mehr wahrgenommen.

Merkwürdig ist vor allem der Einfluss, den die Influenza auf das Auftreten epileptischer Anfälle ausübt.

Ein 23 jähriger Kranker, der von seiner frühesten Jugend an, bis vor 3 Jahren, an Anfällen von Verworrenheit gelitten hatte, worin er sich auskleidete, und hin und her lief, als suchte er etwas, erkrankte bei der Aufnahme im Buiten-Hospital, nach einem epileptischen Anfall auf der Strasse, an Influenza verbunden mit ausgebreiteter Urticaria, auch auf dem Gesicht. Schon den Tag vorher hatte er sich krank gefühlt, und, wie sein Herr später mittheilt, einen ähnlichen Anfall gehabt, woran der Patient sich nicht erinnerte. Eine Woche später fühlte er sich wieder vollkommen wohl.

Ein Patient, 36 Jahr alt, mit leichter Asymetrie des Gesichts, der hier und da an Vertigoepileptica, und die letzten zwölf Wochen nach dem Tragen einer schweren Last auf dem Kopf, an Kopfschmerzen litt, bekam am Morgen, ehe er an seine Arbeit ging, einen heftigen epileptischen Anfall. Erst 6 Stunden später kam er wieder zum Bewusstsein, schien an Influenza, verbunden mit tic douloureux zu leiden. Schon vorher seufzte der Patient, wenn man ihn auf die bekannten puncta dolorosa drückte. Er wusste absolut nicht, dass er einen Anfall gehabt hatte, und was in den letzten Stunden vorgefallen war. Am folgenden Tage gab er sich wieder vollkommen Rechenschaft von seinem Zustand und seiner Umgebung, und erzählte, dass er am vorigen Tage fortwährend in Angst gewesen wäre, das Gebäude würde einstürzen.

Bei einem 41 jährigen Potator begann die Influenza ebenfalls mit einem epileptischen Anfall, dem bald darauf ein zweiter folgte.

Ein 40 jähriges kräftiges Individuum blieb kurz nach seiner Wiederherstellung von der Influenza auf einem Gange plötzlich stehen, starrte auf einen Punkt, drehte sich darauf drei Mal in die Runde, worauf ein heftiger epileptischer Anfall eintrat.

Bei den zwei letztgenannten Fällen sollen die betreffenden Kranken vorher nie an solchen Zufällen gelitten haben; im ersteren Falle scheint das zweifelhaft, im letzteren stehen nur die Angaben des Patienten selbst und seiner Ehefrau zu Gebote, die aus begreiflichen Gründen das Vorhandensein der „Epilepsie“ gerne verhehlen.

Bei einer 22 jährigen Kranken begann die Influenza ebenfalls mit einem charakteristischen epileptischen Anfall. Sie zeigte ein eigenthümliches Wesen, war nach Anstrengungen reizbar und träumte viel. Sie war übrigens nicht erblich belastet, und hat, wie mit Sicherheit anzunehmen ist, nie an Nervenanfällen gelitten.

Eine 23 jährige Kranke, die ungefähr vor einem halben Jahr den ersten Anfall gehabt hatte, fiel, nach dem sie sich den ganzen Tag müde und unbehaglich gefühlt hatte, gegen Mittag plötzlich bei ihrer Arbeit nieder, war bewusstlos, leicht cyanotisch, mit geringen tonischen und clonischen Convulsionen; danach war sie ziemlich stupide und in den folgenden Tagen äusserst störend.

Durch das Vorhergehende wurde der Einfluss, den die Influenza auf die Gemüthsstimmung ausübt schon ziemlich klar.

Mit Hinblick hierauf sind die folgenden Fälle von Melancholie, besonders die ersten zwei, äusserst lehrreich.

Ein erblich praedisponirter Knabe, 16 Jahre alt, zartgebaut, im übrigen gesund und kräftig, wurde eine Woche nach dem Auftreten der Influenza von seinem Vater hart angesprochen „weil er den ganzen Tag nichts anders thäte als Bummeln“ das „stach ihn“, wie der Patient sich ausdrückte, sass ihm in der Kehle, sodass er ganz „beklommen, elend und zerschlagen“ davon wurde. In seiner Angst kniff er sich immerwährend in den Hals, schlug sich mit der Faust vor den Kopf, wollte sich mit dem Taschentuch erwürgen, und schrie „ich will sterben“ während ihn die Um-

stehenden mit Gewalt festhielten. Zwei Tage später sah er Menschen mit Säbeln und Dolchen, die ihn ermorden wollten. 5 Tage darauf wurde er in diesem Zustand in das Buiten-Hospital aufgenommen. Er wurde sofort in ein separates Zimmer in ein tiefes Bett gebracht. Der Patient sagte unaufhörlich, wie unangenehm es ihm sei, so allein zu liegen, erklärte aber ungefähr sechs Stunden später, dass die Beklommenheit in der Kehle ganz und gar weg sei, „so elend ich vorher war, so munter bin ich jetzt."

Eine 31 jährige, erblich belastete Frau, von nervöser Natur, hatte ein sehr unglückliches häusliches Leben, besonders weil ihr Mann, ein Potator, so kühl gegen sie war, wofür sie bei einem Tischgast Trost fand. Am 3. Januar trat ein Anfall von Influenza auf. Seitdem klagte sie beständig über Kopfschmerzen, Kopfsausen und Beklommenheit und sagte immer: „wenn das so fortgeht, werde ich wahnsinnig".

Nach 6 schlaflosen Nächten fühlte sie sich äusserst schwach, doch im übrigen besser, bis sie am darauffolgenden Tage, dem 16., plötzlich einen Brief von ihrem Verehrer bekam, worin er ihr mittheilte, dass er die Absicht habe, zurückzukommen. Die Beklommenheit ging darauf „augenblicklich nach dem Herzen über" worauf sie Nachts in der Stille das Haus verliess um sich zu ertränken, sie versuchte auch aus dem Fenster zu springen, und hing sich schliesslich auf, wurde aber noch glücklich gerettet. Sie war eine Beute der schrecklichsten Angst und Beklommenheit, sagte, dass es für sie keine Gnade gäbe, dass sie für ewig verloren sei, sah Gerichtsdiener, die sie abholen sollten, Richter auf ihrem Richterstuhl, um sie zu verurtheilen und blieb dabei, dass die Arbeiter sie vergiften wollten. Hierauf bekannte sie alle ihre Verirrungen ihrem Mann, der alles vergass und vergab. Am 8. Januar wurde die Patientin im Buiten-Hospital aufgenommen und ebenso untergebracht, wie der vorige Fall. Nach einer Unterhaltung mit mir, die am folgenden Morgen stattfand, verliess sie die Aengstlichkeit fast sofort, und sie fühlte sich, abgesehen von einem Gefühl von Schwäche, wieder vollkommen wohl. Beide Fälle in denen, wie die Familie sich ausdrückt, „die Patienten bei vollem Verstande waren", sind typische Beispiele von Melancholie, wobei die psychischen Hauptkennzeichen, primäre *Unlust* und *Gebundenheit* während des ganzen Krankheitsverlaufs sofort in die Augen springen.

Von folgendem Fall gilt dasselbe, nur in geringerem Maase; hierin trat scheinbar spontan, den Tag nach dem Auftreten der Influenza, Melancholie auf; der Patient war 22 Jahr, erblich belastet, übrigens aber vollkommen gesund. Schon Nachts klagte er über Schlaflosigkeit und Beklommenheit, sodass er oft aufstand; darauf sagte er: „ich muss sterben, ich bin ein grosser Sünder, für den es keine Seligkeit giebt, ich habe Jesus Christus gelästert, die Welt zertrümmert, mein Brüderchen und meinen Grossvater (die schon lange todt waren) ermordet, und muss nun ewig in der Hölle brennen." Die Gestalt seines Bruders sah er in einer Tonne. Oft war er eine Beute der heftigsten Angst und Verzweiflung, schrie laut und schüttelte mit dem Kopf. Mehrmals sagte er: Die Krankheit sitzt im Gemüth; mein Kopf, Herz und Gemüth sitzen voll Geschwüre. 4 Wochen nach Beginn der Krankheit wurde er wieder ruhiger, blieb jedoch noch niedergeschlagen, in dem Wahn, eine Sünde begangen zu haben.

Auch bei diesem Kranken bestand, wie bei den vorigen zwei Fällen Schlaflosigkeit, Mangel an Esslust, Verstopfung, Kälte und Cyanose der Gliedmassen. Beachtenswerth ist ebenso folgender, übrigens complicirter Fall, mit Hinblick auf die kurze Dauer des Symptomencomplexes der Melancholie.

Ein 43 jähriger, erblich belasteter Kranker, der während der letzten 20 Jahre ein bis 2 Mal per Jahr an „Abwesenheit", im Jahre 1888 an einem Augenleiden, verbunden mit tremor universalis und beständigem Dröhnen und Stossen im Kopf gelitten hatte, wurde 2 Tage nach dem Auftreten der Influenza allmählig gedrückt, still und lebensmüde. Zwölf Tage später erklärte er, er wäre noch *schlechter* als ein Thier, und drohte seine Familie zu ermorden. Den darauffolgenden Tag hing er sich auf, wurde aber noch rechtzeitig abgeschnitten und in das Buiten-Hospital gebracht. Der Pat. erinnerte sich wohl, dass er die letzten Tage hindurch niedergedrückt gewesen war, jedoch nicht, dass er sich hatte das Leben nehmen wollen, und zeigte weiter keine Abweichungen, abgesehen von obengenannten Erscheinungen, die bereits vor dem Auftreten der Influenza vorhanden gewesen waren.

In folgendem Fall war die auftretende Influenza offenbar nur der Tropfen, der das Maass überlaufen liess.

Ein 27 jähriger Patient, neuropathisch praedisponirt, von beschränktem Geistesvermögen, heftig, starrköpfig, eigensinnig und misstrauisch, glaubte von seiner frühesten Jugend an stets vernachlässigt und hinten angesetzt worden zu sein. Zwei Tage nach dem Auftreten der Influenza, mit hohem Fieber, begann er zu deliriren, war ängstlich und niedergeschlagen, hatte unangenehme Träume, behauptete, ein Mann mit spitzem Stock würde kommen und ihm das Gehirn einschlagen und bewaffnete sich mit einem Säbel. Hin und wieder traten heftige Anfälle von Furor auf. Vier Tage darauf versuchte er, sich die Pulsadern zu öffnen, den Anblick des Bluts fand er erfreulich, und das Verbinden der Wunde verursachte ihm absolut keine Schmerzen. Hierauf sprang er von einer Höhe von 8 Fuss in den Garten herunter, und wurde wegen heftigen Blutverlustes sofort hierher überführt. Während der Behandlung war er sehr gedrückt, bat Jeden um Verzeihung, wünschte sich den Tod, weil er doch keine Zukunft habe, da Jeder sein trauriges Leiden kenne, und ihn natürlich verspotten würde. Der Patient beschuldigte sich der verkehrtesten Sachen, behauptete, dass er, als Strafe, fortwährend von elektrischen Strömen, von Hunden, Löwen und Tigern gequält werde, sodass er diese furchtbare Angst nicht mehr aushalten könne. Das Ende wird wohl das Gefängniss sein, so schloss er meistens.

Folgender Fall kann füglich an dieser Stelle genannt werden.

Ein 57 jähriger Patient, der von der Pubertät an, an hypochondrischem Wahnsinn litt, den er in der Regel zu verbergen wusste, äusserte, nachdem er 3 Wochen wegen Influenza zu Bett gelegen hatte, die verschiedensten Klagen. Eine Woche vorher war seine Frau an Influenza gestorben. Zwei Tage später sah er plötzlich eine weibliche Gestalt mit langem, schwarzem Mantel, unter dem seine Frau verborgen war. Er hörte deutlich ihre Stimme. Den Tag darauf kam der Patient in das Buiten-Hospital, in der Hoffnung,

dort mit seiner Frau vereinigt zu werden. Nach ungefähr einer Woche trat dieser Wahn in den Hintergrund, die hypochondrischen Klagen aber erst nach einer Besserung des Ernährungszustandes.

Von folgenden Fällen von Manie, wobei die inneren Kennzeichen, Lust und Ungebundenheit, sofort ins Auge fallen, kann nur der erste als reine Influenza-Psychose bezeichnet werden. Im zweiten Fall hatte kurz zuvor eine heftige Gemüthsbewegung eingewirkt.

Ein 20 jähriges erblich belastetes Mädchen, von ziemlich reizbarem starrköpfigem Charakter, im übrigen aber körperlich und geistig gesund, begann, 14 Tage nach dem Auftreten der Influenza, fortwährend zu schwatzen, zu singen und in Reimen zu sprechen, schüttelte sich oft vor Lachen, sprang hin und her, war beständig in Bewegung, schnitt Gesichter, streckte die Zunge aus und machte graciöse Bewegungen, und ahmte alle Bewegungen und Worte Andrer nach. Sie achtete auf alles in ihrer Umgebung, und sagte, sie habe ein tolles *Vergnügen*, wäre fröhlich und lustig. Sich selbst überlassen, konnte sie Stundenlang mit ihrem Schatten spielen, und, hierbei gestört, traten oft heftige Anfälle von Wuth auf. 7 Wochen nach dem Ausbruch der Manie wurde die Patientin hergestellt entlassen.

Der zweite Fall betraf ein 16 jähriges Mädchen, das vorher schon 4 Anfälle periodischer Manie, jedesmal während der Menstruation gehabt hatte, deren erster aufgetreten war, nachdem die Nacht vorher ein Mann ihr Schlafzimmer betreten hatte. Nach dem letzten menstruellen Anfall trat mit nur einigen Tagen Zwischenraum ein ganz ähnlicher Anfall heiterer Verstimmung in Verbindung mit Influenza auf.

Ein 49 jähriger, erblich belasteter Mann, der kurz zuvor einen financiellen Verlust gehabt hatte, wurde 10 Tage nach Ausbruch der Influenza, von der er genesen zu sein schien, plötzlich ausgelassen, sang, tanzte, sprang und sprach alles durcheinander, anfangs viel von seinen Verlusten. In den ersten Tagen machte er um sich herauszustürzen, das Fenster auf und nahm um sich zu erschiessen, den Revolver. Der Patient selbst sagte jedoch, dass er nur die Menschen auf der Strasse hätte begrüssen, und den Revolver unter sein Kissen verstecken wollen. Er war stets fröhlich und aufgeräumt, beständig in Bewegung, klatschte in die Hände, schlug mit einem Stöckchen gegen die Stangen seines Bettstells und trommelte, wenn ihm das verboten wurde, mit den Händen unter der Decke auf seinem Bauche. Erst nach zwei Monaten konnte der Patient gesund entlassen werden. Acute hallucinatorische Verwirrtheit wurde nur in einem Fall beobachtet, und zwar bei einer 65jährigen, neuropathisch belasteten Frau, die vor 46 Jahren, nach dem Tode ihres ersten Kindes an einer puerperalen Psychose gelitten hatte, und ungefähr 9 Wochen hindurch im Buiten-Hospital verpflegt worden war. Im übrigen war sie stets gesund gewesen, körperlich und geistig, jedoch heftigen Temperaments. Die erste Woche nach der Influenza war die Patientin wegen grosser Arbeitslust aufgestanden, musste darauf das Bett hüten, litt an Schlaflosigkeit und begann, drei Tage später, schnell zu sprechen. Nach zwei Tagen sprach sie alles durcheinander, sang Wiegenlieder, wiegte ein Päckchen dass sie „ihr Wickelkind“ nannte, „in Schlaf“, und durchlief, wie ihre Familie

erzählte, genau dieselben Perioden, wie vor 46 Jahren. Während des weiteren Krankheitsverlauf's war sie sehr unruhig, of wüthend und wild, litt an Echolalie, an den verschiedensten Hallucinationen, und war in hohem Grade verwirrt. Die Gemüthtsstimmung war ganz abhängig von den wechselnden Ideen, die bei ihr auftraten, und von den in den Vordergrund tretenden Sinnestäuschungen. Sie sah sehr schwach und blass aus. 18 Tage nach Beginn der Krankheit gab die Patientin sich schon wieder Rechenschaft von ihrem Zustand und ihrer Umgebung, sagte, sie sei „unruhig im Kopf gewesen, hätte schwere Träume gehabt, von denen sie nichts begriff. Zwei Tage später war sie wieder vollkommen normal, und gab zu, dass ein Feuer, das sie in der Nachbarschaft gesehen hatte, wohl nur in ihrer Einbildung bestanden hätte.

Ebenso wurde nur ein Fall von Wahnsinn wahrgenommen, und zwar bei einem 31jährigen Patienten, neuropathisch, von mütterlicher Seite her belastet; er hatte ein leidenschaftliches Temperament, konnte nur sehr wenig Alcohol vertragen, wurde bei jeder Kleinigkeit zanksüchtig, und „that grade, als ob er etwas sah oder hörte", ohne sich nachher daran zu erinnern. Elf Tage nach der Influenza traten plötzlich Gesichtshallucinationen auf. Schon einige Tage vorher hatte er ein bleiches, düsteres Aussehen. Des Nachts wurde er sehr unruhig, lästig und aufgeregt, verlangte nach dem Pastor, um das Abendmahl zu nehmen. Die darauffolgenden Tage wollte er durchaus nach der Kirche gehen, sprang häufig aus dem Bett, wobei ihm kalter Schweiss ausbrach. Zwei Tage nach dem Beginn der Krankheit wurde er im Buiten-Hospital aufgenommen, verkündigte, dass er in einem geistlichen Buch, in der Offenbarung Johannis gelesen habe: „Das Licht scheint in der Finsterniss". Das passe auf ihn, der so viel gelitten habe, und war eine Offenbarung, dass von ihm und seiner Frau, die noch junge Menschen waren, und sich in der letzten Zeit so sehr um den Verdienst abgequält hatten, der heilige Johannes erzeugt werden sollte, *das Licht* aus seinem Augenlicht, der das Licht über die ganze Welt verbreiten, sollte. Gott habe ihm die Krankheit nur als Prüfung geschickt, aber auf Leiden folgen Freuden. Der Patient gab übrigens gute anamnestische Daten an, litt an Gesichts- und Gehörshallucinationen, und war unter dem Einfluss von ihnen oft unruhig und gefährlich, weil er oft plötzlich gegen einen oder den andern seiner Mitpatienten misstrauisch wurde.

Es erhellt aus dem Vorhergehenden, dass der günstige oder ungünstige Einfluss, den die Influenza auf ein vorhandenes Nervenleiden ausüben soll, mehr scheinbar, als wesentlich ist; die Erfahrung lehrt dass ein derartiger unerwünschter oder erwünschter Ausgang ebenso ohne ein derartiges causales Moment zur Beobachtung kommt. Auffallend selten traten in nicht complicirten Fällen Delirien stark in den Vordergrund, ungeachtet der grossen Anzahl von Influenza-Kranken, die im Buiten-Hospital verpflegt worden sind.

Die in diesem Hospital gesammelten Erfahrungen geben durchaus nicht das Recht, von einer encephalischen Form von Influenza oder „Febris catarrhalis epidemica" zu sprechen. Bei Lungenentzündung werden im Allgemeinen nicht selten Delirien wahrgenommen, während acute Erscheinungen von chronischem Alcoholismus im Anschluss an die allerverschiedensten Krankheiten auftreten. Beachtenswerth ist die Häufigkeit von Epilepsie, und, in geringerem Masse von Hysterie, die im Zusammenhang mit der In-

fluenza wahrgenommen worden ist: selbst in Fällen, wo mit Sicherheit angenommen werden kann, dass vorher niemals Nervenanfälle aufgetreten sind; jedoch auch in diesen Fällen weisen einige characteristische Zeichen auf eine Praedisposition hin. Auch in den oben beschriebenen Fällen von Gemüthsleiden, in denen die psychische Lust oder Unlust bis zu einer krankhaften Höhe stieg, muss höchstwahrscheinlich eine derartige Praedisposition angenommen werden. In diesen Fällen kann man eben so gut von Influenza-Psychose sprechen, wie man von Puerperal-Psychosen spricht.

Mit Absicht sind im Vorhergehenden solche Fälle unbesprochen geblieben, in denen kein direkter Zusammenhang zwischen Influenza, und später auftretendem Gemüthsleiden nachzuweisen ist.

Der Verfasser hat mehrere Patienten behandelt, die erst auf ausdrückliche Fragen mittheilten, dass sie einen Influenza-Anfall, und sogar einen Rückfall gehabt hätten, und die seitdem über Schwäche, Müdigkeit, allgemeine Lustlosigkeit und ein unbestimmtes Krankheitsgefühl, sowie über die verschiedensten Empfindungen, psychisches Unvermögen, Reizbarkeit, Beklommenheit und Schlaflosigkeit klagten, — Erscheinungen, die mehr oder weniger deutlich vorhanden waren, und mit dem aufgetretenen Seelenleiden in Verbindung standen.

Auch in diesen Fällen scheint wie in den Vorhergehenden, die Prognose günstig gestellt werden zu können, wenn der Patient unter günstigere Verhältnisse gebracht, sein Nahrungszustand verbessert wird, und keine anderen aetiologischen Momente oder ungünstigen Umstände ins Spiel kommen. Der ungünstige Verlauf vieler Fälle scheint den von vornherein gegebenen Umständen zugeschrieben werden zu müssen. Wenn hiermit in genügender Weise gerechnet wird, kann in Fällen von chronischem Alkoholismus, wenigstens nach den, im Buiten-Hospital gemachten Erfahrungen, die Prognose ebenfalls günstig gestellt werden. In nicht complicirten Fällen scheint der Krankheitsverlauf sehr acut. In einem, vorhin nicht mitgetheilten Fall, konnte mit Recht von transitorischer Melancholie gesprochen werden, der Anfall dauerte nur 8 Stunden, endigte mit ruhigem Schlaf, aus welchem die Kranke wieder „wie gewöhnlich“ aufwachte. In diesem Falle, wo man bei Anwendung von Hypnose wohl dieser das gute Resultat zugeschrieben hätte, war es durch vollkommene geistige und körperliche Ruhe und beruhigenden Zuspruch erzielt worden. In solchen Fällen wie dieser, von wachender Suggestion zu sprechen, ist weniger richtig, weil dem Kranken keine bestimmten Vorstellungen suggerirt, sondern ihm nur sein innerer Zustand klar gemacht wurde.

Aus einer grossen Anzahl der mitgetheilten Fälle wird es wiederum klar, wie höchst nothwendig es ist, mit jedem Krankenhaus eine Abtheilung für, an acuten Psychosen leidende Patienten, zu verbinden. In grösseren Städten darf diese Einrichtung schon aus Gründen der Humanität keinesfalls mangeln. Die Ueberführung in eine, gewöhnlich sehr weit entfernt liegende Irrenanstalt ist sowohl im Hinblick auf die kurze Dauer der Krankheit, als auf die nachtheiligen Folgen des Transports nicht wünschenswerth, weil in vielen Fällen die Herzthätigkeit eine unregelmässige

und ungenügende ist. Und doch war eine grosse Zahl der Kranken während des kurzen Krankheitsverlaufs in hohem Maasse gefährlich für ihre Umgebung, sodass die complicirten Bestimmungen der holländischen Irren-Gesetze über Aufnahme in Anstalten bei ihnen nur geschadet hätten.

Amsterdam, den 18. März 1890.

II.

Les progrès récents de l'Anthrepologie Criminelle.

Par le Professeur C. LOMBROSO.

(Suite.)

„Une ou plusieurs de ces communications, écrivait-il, n'empêchent pas un cerveau d'être à la fois très intelligent et très bien équilibré; mais lorsqu'elles affectent des parties importantes, elles sont l'indice d'un développement défectueux. C'est ce qu'on voit souvent sur les cerveaux peu volumineux des pauvres d'esprit ou des imbéciles, et c'est ce qu'on voit aussi très fréquemment sur les cerveaux des assassins, avec cette différence que, dans le premier cas, le moindre développement des circonvolutions en général est en rapport avec la petitesse cérébrale; tandis que, dans le second cas, il coïncide, au contraire, avec l'ampleur de la plupart des circonvolutions et témoigne de l'irrégularité du développement du cerveau.“

Cranes. — Il est naturel que ce soit sur le crâne dont le type normal est bien connu, que les anomalies aient été reconnues en plus grand nombre, non seulement dans ces dernières années, mais même depuis plusieurs siècles.

Commençons par l'anomalie qui est peut-être la plus caractéristique et certainement la plus atavistique chez les criminels, par la fossette occipitale moyenne. Sa fréquence a été confirmée par tous les observateurs, Tenchini Benedikt, Mingazzini, excepté par M. Féré, qui, nous le croyons, n'a pas très approfondi cette étude.

Il est curieux de noter, par exemple, que M. Marimo qui avait entrepris ses recherches pour combattre l'importance de cette anomalie et sa signification atavistique, a dû la confirmer au contraire, l'ayant trouvée dans la proportion:[1])

de 4, 19 chez les Européens normaux. (1320)
„ 16 chez les Européens criminels. (150)
„ 50 chez les Zélandais. (22)
„ 22 chez les Australiens. (222)
„ 26 chez les Américains. (46)
„ 19 chez les Egyptiens et les Etrusques. (126)

La fréquence de la synostosis précoce a été également confirmée par les recherches de MM. Mingazzini et Romiti et celle de la crête frontale

---

[1]) Archivio di Psichiatria, 1889.

hypertrophique (étudiée par M. Tenchini pendant les séances du premier congrès) a été confirmée par MM. Mingazzini, Varaglia, Marimo, qui l'ont trouvée dans 47 p. 100 des criminels, et 14 p. 100 des honnêtes. (*Archivio di Psichiatria* vol. VIII, p. 68.)

M. Marimo a trouvé les Wormiens au ptéréon dans la progression du 23 p. 100 de ses criminels (*Arch. d'Anthrop.* 1889); j'avais trouvé cette même proportion (*Homme criminel*, p. 171.)

M. Penta, à son tour, a observé un phénomène atavistique des plus singuliers : la présence aux côtés de l'occipital de deux os anormaux qui vont rejoindre le ptéréon, comme dans les poissons pleuronectiles. (*Rivista di discipline carcerarie*, 1889, p. 23.)

M. Mingazzini, en étudiant 30 crânes criminels, trouve, dans 16 p. 100 des cas, le métopisme, dans 6 p. 100 la fusion des os du nez, une fois l'os basiotique, dans 33 p. 100 la proéminence des arcades sourcillières, dans 10 p. 100 la submicrocéphalie, dans 20 p. 100 la tératologie complète du crâne, c'est-à-dire asymétrie, sténocrotaphie, mâchoire énorme, énorme index perplatyrhinique et brachistaphylique dans le même crâne (*Archivio di Psichiatria* IX, p. 612). M. Severi nous montra, ainsi que Varaglia l'avait entrevu, une plus grande capacité des fossettes craniennes occipitales, ce qui confirme et explique le volume plus grand qu'on avait reconnu dans le cervelet des criminels.

Squelette — M. Tenchini étudiant 63 squelettes de criminels, y a trouvé dans 6 p. 100 des cas, la perforation de l'olécrâne qu'on observe dans 36 p. 100 des Européens et dans 34 p. 100 des Polynésiens ; il vient d'observer, de même, chez eux, 10 fois sur 100, des côtes et des vertèbres en plus, et 10 fois sur 100 en moins; ce qui rappelle la grande variabilité de ces os dans les vertébrés inférieurs.

Dans ces derniers temps il a même trouvé, chez un criminel, quatre vertèbres sacrales de moins, remplacées par quatre vertèbres cervicales supplémentaires.

Anomalie dans les vivants. — Marro (*Caratteri dei delinquenti 1889*), qu'on peut bien appeler le Jussieu de l'anthropologie criminelle, a étudié toutes les sous-espèces de l'*Homo criminalis*, et il a trouvé que les anomalies qu'il appelle atypiques (comme nez tordu, goitre, etc.) sont, chez les auteurs de blessures, moins nombreuses que chez les normaux, pendant qu'on vérifie le contraire sur les voleurs et les filous. Seuls les escrocs s'approchent de la moyenne physiologique tout en restant au-dessous.

Les anomalies pathologiques (parésies, etc.), qui dépendent presque toujours des habitudes alcooliques ou de la vie de prison, se remarquent avec une grande fréquence chez les meurtriers, tandis qu'elles présentent quelque diminution chez les auteurs de blessures.

Il trouva une plus grande capacité et une plus grande circonférence de la tête chez les filous, et chez les simples voleurs, chez lesquels il ob-

serva encore que la courbe transversale de la tête est plus grande, — il observa le plus petit diamètre vertical du crâne (dans la proportion de 4,3) chez les homicides récidivistes, tandis qui'il était de 1,6 chez les homicides récidivistes. Ferri avait trouvé la longueur du visage plus grande dans les homicides que dans les auteurs de blesseurs et dans les filous. Marro remarqua que chez les escrocs la *brachicéphalie* était moins exagérée et la *microcéphalie* frontale moins fréquente.

Il trouva chez les criminels les proportions de 86 p. 100 de fronts étroits et de 41 p. 100 de fronts bas. Les mêmes proportions chez les normaux étaient respectivement de 51,9 p. 100 et de 15 p. 100.

Chez les assassins, Marro, a trouvé bien souvent le diamètre mandibulaire exagéré, les zigomes distants, les cheveux noirs et ètouffus; défaut de barbe, et pâleur du visage.

La *brachicéphalie* se montra, chez les auteurs de blessures, plus fréquente que dans toute autre espèce de criminels: la longueur des bras et même des mains est aussi un caractère de ces gens. Au contraire, chez les coupables de viols, on rencontre le front étroit, les mains et les bras courts, caractères fréquents qui les rapprochent assez des femmes criminelles comme nous allons le voir.

Chez les vagabonds, on remarque l'absence des caractères physiques (tels que les sinus frontaux, la mâchoire volumineuse) qu'on peut croire des signes d'énergie, et la présence, au contraire, des autres anomalies qui annoncent la faiblesse physique et morale (*hernies*, par exemple).

Les anomalies somatiques et psychiques atteignent, chez les assassins, 45 p. 100; chez les voleurs avec effraction à 24 p. 100; elles abondent aussi parmi les criminels d'occasion.

Quant aux névropathies, nous voyons qu'elles sont assez fréquentes chez les assassins (45 p. 100) et encore plus chez les incendiaires (85 p. 100); elles sont plus rares chez les voleurs de vol simple (36 p. 100) et chez les oisifs (38 p. 100); et plus rares encore chez les violateurs (33 p. 100), chez les voleurs de grand chemin (23 p. 100), les voleurs avec effraction (24 p. 100), les auteurs de blessures et les escrocs.

Pour les différences de la main, Marro a trouvé qu'en général, les mains trapues et courtes abondent chez les meurtriers, tandis que chez les autres espèces de criminels prédominent les mains allongées, dans lesquelles la longueur des doigts est égale à celle de la paume de la main et quelquefois plus grande.

Les différences de la sensibilité sont remarquables dans les diverses classes de criminels et même chez individus d'une même classe. — Marro a trouvé que la diminution de la sensibilité générale se montre avec plus de fréquence chez les auteurs de viols, puis chez les assassins, les voleurs de grand chemin et les escrocs.

Pour ce qui est de l'intelligence, on peut dire que, généralement, elle est moindre chez les criminels contre les personnes, et plus puissante chez les criminels contre la propriété et chez les escrocs.

La passion du jeu est grande chez les auteurs de viol et de blessures; un peu moins chez les oisifs, et chez les voleurs de grand chemin et les assassins.

Voici les proportions:

Assassins	37 p. 100
Auteurs de blessures	66 —
Auteurs de viols	66 —
Voleurs de grand chemin	51 —
Incendiaires	14 —
Escrocs	45 —
Voleurs	63 —
Oisifs	59 —

On pouvait bien s'attendre à ce que les habitudes d'alcoolisme fussent très répandues chez les criminels, et en effet, Marro les a trouvées chez 74,7 p. 100 des criminels.

De ses études, il résulte encore que les habitudes religieuses sont développées chez les normaux, plus encore même, parmi les assassins et les auteurs de viol (peut-être parce que ceux-ci abondent chez les villageois); au contraire, elles sont bien faibles, chez les criminels d'occasion, les voleurs exceptés.

La récidivité et la précocité abondent parmi les criminels d'occasion, qui présentent peu de caractères dégénératifs.

Pour ce qui est de l'hérédité, on voit qu'elle dépend en première ligne, de l'âge avancé des parents, de l'alcoolisme, de l'irritabilité du père, en deuxième ligne de l'aliénation et de la criminalité des parents.[1])

En résumant ces caractères, on peut dire:

Chez les assassins et les meurtiers, il y a prévalence de la courbe et du diamètre transversal de la tête, la demi-circonférence postérieure de la

1)

	Chez le père.	Chez la mère.	Chez les aïeux paternels.	Chez les aïeux maternels.
Alcoolisme	41 0/0	5.1 0/0	"	"
Vieillesse	32 0/0	17 0/0	?	?
Folie	9,2 —	3,3 —	2,7	1,1
Maladie cérébro-spin.	21,1 —	18,0 —	"	"
Epilepsie	1,7 —	0,9 —	0,1	0,1
Criminalité	3,3 —	0,3 —	"	"
Immoralité ou caractère violent	22,6 —	11,0 —	?	?
Phtisie polmonaire	5,1 —	10,1 —	"	"

et comme cause de mort l'on a reconnu:

		Chez le père.	Chez la mère.
L'alcoolisme	dans	7,2 p. 100	2,1 p. 100
Le suicide	—	1,4 —	"
La folie	—	6,5 —	5,3 —
Les maladies cérébro-spinales .	—	21,1 —	18,2 —
La tuberculose	—	5,1 —	10,7 —

tête est plus forte que l'antérieure: la mâchoire inférieure est volumineuse et lés zygomes éloignés: ils ont le plus souvent les cheveux noirs et touffus et la barbe rare; le goitre et les mains trapues s'y recontrent aussi avec fréquence. Chez les auteurs de blessures, la brachicéphalie est le caractère le plus constant; viennent ensuite la longueur des mains et des bras.

Chez les auteurs de viol, on a observé une taille petite, avec poids relativement élevé, les mains et les bras courts, le front étroit, la demi-circonférence antérieure de la tête très courte. Les anomalies des organes génitaux et du nez sont fréquentes, et presque toujours l'intelligence est très peu développée.

Les cheveux touffus et la barbe rare, la dérivation de parents alcoolisés et névropathes, caractérisent les voleurs de grand chemin. Beaucoup d'entre ceux-ci sont tatoués et ont les réflexes exagérés.

Les incendiaires sont presque tous aliénés: leurs parents l'étaient aussi.

On a trouvé chez les escrocs les mâchoires fortes, les zygomes éloignés, le poids du corps très élevé, parents âgés, intelligence discrète, quelquefois même très développée.

Les voleurs avec effraction ressemblent aux voleurs de grands chemins, par les caractères physiques et psychiques. Chez eux, on trouve un grand nombre de fous simulateurs. Chez les autres voleurs, on remarque les cheveux noirs et la barbe rare; l'intelligence est plus soignée que dans les autres classes, les escrocs exceptés; l'alcoolisme chronique est très fréquent, tandis qu'il l'est moins chez leurs parents.

Chez les oisifs, Marro a trouvé beaucoup d'anomalies psychiques: arrêt du développement de l'intelligence, en particulier l'épilepsie et d'autres défauts, expliquent leur penchants étranges.

Sur les femmes criminelles, les influences sociales sont bien plus puissantes que sur les mâles: viennent ensuite la vieillesse, l'aliénation mentale et l'alcoolisme des parents qui produisent presqu'autant de femmes criminelles que d'hommes.

On a prétendu que ces découvertes étaint en condradiction avec les miennes; mais, au contraire, elles ne font que les confirmer complètement: seulement elles nous montrent des espèces, là, où je n'avais entrevu qu'un genre: c'est le signe du progrès, que cette subdivision des phénomènes, qui paraissent simples à première vue. On marche toujours du simple au composé.

En étudiant par la méthode statistique cent nouveaux types criminels qui ont posé (je vole le mot aux artistes) dans mon laboratoire, le professeur Rossi a confirmé presque toutes les observations de Marro. La circonférence moyenne du crâne a été trouvée de 552 centimètres; (selon Marro, elle serait de 550). La courbe antéro-postérieure était de 345 centimètres (340 selon Marro), la courbe transversale, de 229 centimètres (suivant Marro, 211).

La brachicéphalie est plus diffuse, — dans la proportion de 83,3, — tandis que, les dolichocéphales étaient dans la proportion de 8 p. 100; la capacité crânienne était de 15,48 (selon Marro 15,72).

Les anomalies plus nombreuses de la tête ont été:

Les sinus frontaux énormes chez	20	p. 100.
L'oxicéphalie	5	—
La platicéphalie	5	—
La scaphocéphalie	4	—
La plagiocéphalie	5	—

Et dans la face:

L'asymétrie faciale	24	—
La mâchoire hypertrophique . . .	23	—
Les oreilles à anse	24	—
Le strabisme	14	—
Les dents enchevêtrées	8	—
Les incisives médianes absentes . .	2	—
Les canines médianes absentes . .	1	—
Les incisives médianes hypertrophiées	3	—
Les canines mèdianes hypertrophiées	2	—

La moyenne de la sensibilité tactile a été trouvée par M. Rossi chez 69 criminels, de 2,62 millimètres à droite, et de 2,41 milimètres à gauche.

L'analgésie a été trouvée dans 15 p. 100 des sujets, la sensibilité à la douleur plus forte à droite dans 34 p. 100: à gauche dans 39 p. 100; égale dans 15 p. 100.

La force la plus grande était à gauche dans 40 p. 100 des cas, l'épilepsie existait dans 32 p. 100.

Sur 100 criminels, 81 p. 100 se livraient à la boisson (15 dès leur enfance).

L'impulsivité, le caractère irascible se remarquaient dans 40 p. 100.

L'inconstance dans 18 p. 100; religiosité dans 25 p. 100; le tatouage fut observé dans 23 cas sur 100.[1])

M. Ottolenghi[2]) a examiné l'èchancrure nasale de 526 crânes dont 397 normaux, 129 de criminels, 50 de fous. Il a trouvé des anomalies dans l'échancrure nasale pour 23,92 p. 100 de normaux, 39,52 p. 100 de criminels (48,14 p. 100 d'hommes; 33,33 p. 100 de femmes).

Mais, ce qui est plus important, il a rencontré dans le plus haut degré de l'anomalie, la vraie gouttière simienne dans le rapport de 1,70 p. 100 chez les normaux et de 16,60 p. 100 chez les criminels.

Sur 20 crânes de crétins de la Lombardie et du Piémont, l'anomalie de l'échancrure nasale était dans le rapport de 55 p. 100. Chez les fous (presque tous Piémontais) il a trouvé presqu'aussi fréquemment cette anomalie (42 p. 100); 13 èpileptiques ont donné 38,46 p. 100. Il a cherché les anomalies de l'épine nasale dans les crânes de 60 normaux, de 30 criminels de 13 èpileptiques, de 50 fous et de 20 crétins, et il l'a rencontrée très développée chez les criminels (48,7 p. 100), surtout chez les assassins et

[1] *Centuria di criminali*, 1888. Bocca Turin.

[2]) *Archivio di Psichiatria, scienze penali et antropologia criminale* 1888.

chez les fous 40 p. 100); et moins fréquemment chez les normaux (24 p. 100).

On a ensuite étudié la dimension, l'inclinaison, la surface, la direction et la protubérance des os nasaux.

Ce sont les criminels (surtout les assassins) qui offrent les os nasaux les plus développés (40 p. 100), tandis que les normaux n'ont donné que 4. p. 100.

Pour la direction, Ottolenghi a constaté fréquemment (36 p. 100) la déviation des os nasaux chez les criminels, et 30 p. 100 chez les épileptiques, tandis qu'elle était de 16 p. 100 chez les normaux.

M. Ottolenghi a observé aussi, l'*ouverture nasale asymétrique*, appelée par M. Welecker *ptéléiforme* et qui est une *ouverture asymétrique par excellence:* celle-ci, très rare chez les normaux (8 p. 100), prédomine parmi les criminels (36 p. 100), spécialement chez les voleurs (37,5. p. 100) et presqu'autant chez les fous, (32 p. 100); chez les crétins, (sur 20 individus 20 p. 100), et chez les épileptiques, (sur 13 individus 32 p. 100).

Il a étudié, sur le vivant, la forme du nez, son profil, sa base, sa largeur, sa protubérance (selon les règles tracées par M. Bertillon[1]), chez 630 normaux, 392 criminels, 40 épileptiques et 10 crétins.

Le criminel, en général, présente le nez, rectiligne (60,31 p. 100); à base horinzontale (60,97 p. 100), de longueur moyenne (48,73 p. 100), plutôt large (54,14 p. 100); pas trop protubérant (38,53 p. 100); souvent dévié (48,13 p. 100).

Parmi les criminels l'on a pu déterminer suffisamment bien le nez du voleur et celui du violateur.

Le voleur présente en grande partie le nez rectiligne (40,4 p. 100); souvent concave (23,32 p. 100); à base souvent, relevée (32,13 p. 100); fréquemment court (30,92 p. 100); large (53,28 p. 100), écrasé (31,33 p. 100); et bien des fois dévié (37,5 p. 100).

Les violateurs ont le pus souvent le nez rectiligne (54,5 p. 100); écrasé 50 p. 100) et devié (60 p. 100), mais de dimensions moyennes.

Chez les normaux le nez est tantôt crochu (26,87 p. 100); tantôt onduleux (25,4 p. 100); plutôt long (57,7 p. 100); de moyenne largeur (54,8 p. 100); à base très souvent abaissée (42 p. 100) et très rarement écartée (6 p. 100); surtout protubérant (30 p. 100).

L'on voit donc que si le profil le plus souvent rectiligne et la direction écartée distinguent le nez du criminel de celui du normal, la longueur, la largeur et la protubérance distinguent suffisamment entre eux les différents types de criminels.

Le nez de l'épileptique est souvent onduleux (42,8 p. 100) et crochu (32,8 p. 100); à base horinzontale (72,3 p. 100); très long (75 p. 100); plusieurs fois bien large (30 p. 100); souvent dévié (25 p. 100), presque toujours protubérant (59,94 p. 100):

---

[1]) *Archives d'Anthropologie, 1887, Paris.*

Le crétin a le nez *camus;* très souvent concave (50 p. 100); à base horizontale (100 p. 100); court (60 p. 100); large (100 p. 100); écrasé (100 p. 100); souvent dévié (40 p. 100).

M. Frigerio a publié sur les anomalies de l'oreille, chez les criminels, des études qui sont d'une grande importance[1]). En voici les conclusions:

1⁰ Le pavillon de l'oreille doit être placé en première ligne parmi les organes qui offrent des caractères de dégénérescence;

2⁰ L'angle auriculo-temporal mérite la plus grande attention au point de vue de l'anthropologie et de l'identification personnelle;

3⁰ L'angle auriculo-temporal dépasse 90^0 dans ses conditions normales avec des chiffres de beaucoup inférieurs à ceux que l'on constate chez les fous et les criminels;

4⁰ La moyenne pour cent tend à augmenter, de l'homme sain à l'aliéné et au criminel;

Elle est dépassée chez les singes, sur lesquels elle est rarement inférieure à 100^0;

5⁰ L'indice de la conque et celui du pavillon décroissent chez les individus sains du premier âge et de l'âge adulte.

Ils semblent, avec l'ampleur de l'angle auriculo-temporal, liés au développement de l'intelligence:

6⁰ La plus grande variation de l'indice de la conque, comparée à celle du pavillon chez les individus sains, permet de croire que, du premier âge à l'âge mûr, il y a, spécialement dans la conque, un plus grand développement dans le sens longitudinal que dans le sens transversal;

7⁰ Si, chez les aliénés, on adopte l'indice moyen des deux oreilles pour la conque et le pavillon, on observe, bien que l'indice de la conque soit supérieur à celui de l'individu normal, que l'indice du pavillon lui est au contraire inférieur. Cependant, chez les aliénés, la conque à un développement plus grand que le pavillon, surtout dans le sens transversal;

8⁰ D'après l'indice moyen de la conque, les aliénés et les criminels se succèdent comme suit, en ordre décroissant: non héréditaires, 0,69; dégénérés et violateurs, 0,67; voleurs de grands chemins, 0,66; homicides, 0,65; voleurs et faussaires, 0,65; héréditaires, 0,64; incendiaires, 0,60.

M. Frigerio est arrivé à ces résultats, grâce á l'otomètre, instrument très ingénieux et très simple dont il a enrichi les laboratoires des anthropologues.

Le professeur Gradenigo a étudié le pavillon de l'oreille sur une plus grande échelle.[2])

Les sujets qu'il a observés étaient trés nombreux. Outre l'examen attentif de 650 personnes (350 hommes et 300 femmes), il a passé rapidement en revue les pavillons de 25,000 personnes à Turin (15,000 hommes, 10,000 femmes). Il a examiné 330 aliénés (180 hommes, 150 femmes), 76 crétins (50 hommes, 26 femmes), 352 criminels typiques (304 hommes, 48 femmes).

---

[1]) *Archives d'anthropologie criminelle, 1888, p. 17.*

[2]) *Giornale della R. Academia di Torino,* nos 8, 9, 10, 1889. — *Annales des maladies des oreilles,* octobre 1889. — *Comptes-rendus du congrès intern. d'otologie,* Paris 1889, p. 144.

Voici ses résultats:

	CRIMINELS — p. 100	HOMMES HONNÊTES Hommes p. 100	 Femmes. p. 100
Pavillons réguliers	29,2	50-55	62
Lobes adhérents	25	28	22
Oreilles à anse	24	12-15	6
Oreilles Wildermuth	18	6	9,12

Chez les personnes honnêtes, les oreilles à anse sont donc environ moitié moins fréquentes chez les femmes que chez les hommes; les oreilles de Wildermuth[1]), au contraire, sont plus fréquentes chez celles-ci.

Mme Tarnowskaja, dans des études sur les filles de joie, les voleuses et les villageoises, a démontré[2]) que la capacité cranienne des prostituées est inférieure à celle des voleuses et des villageoises, et surtout des femmes de la bonne société; *viceversa* les zygomes et les mandibules étaient plus développés chez les prostituées qui avaient aussi un plus grand nombre d'anomalies (87 p. 100), tandis que les voleuses en avaient 79 p. 100, et les villageoises 12 p. 100. Les prostituées avaient 33 p. 100 de leurs parents alcoolisés, tandis que le voleuses en avaient seulement 41 p. 100 et les villageoises 16 p. 100.

M. De Albertis a trouvé le tatouage chez 300 prostituées de Gênes dans la proportion énorme de 70 p. 100.[3]) Il a trouvé aussi dans les femmes la sensibilité tactile très amoindrie; 3,6mm, 6 à droite et 4 millimètres à gauche.

Mais sur les femmes criminelles, Salsotto a fait des études tout à fait nouvelles; il a reconnu chez 130 voleuses les caractères dégénératifs, les anomalies du crâne, de la physionomie en nombre bien moindre que chez les hommes, il a trouvé la brachicéphalie chez 7; l'oxicéphalie chez 29; la platicéphalie chez 7; le front fuyant chez 7; le strabisme chez 11; les oreilles à anses dans 6; la sensibilité tactile était normale chez 2 p. 100; les réflexes tendineux amoindris chez 4 p. 100, exagérés chez 12 p. 100.

Marro et Morselli nous ont expliqué cette énorme différence, qu'on trouve aussi dans les épileptiques et surtout dans les fous par la sélection sexuelle; les hommes en effet ne choisissent pas de femmes laides, avec caractères dégénératifs, tandis que le femmes ne peuvent pas choisir, et bien souvent l'homme laid, criminel, mais vigoureux pour ce motif triomphe de tous les obstacles.

---

1) Le pavillon est caractérisé par la saillie plus accentuée de l'anthélix comparativement à l'hélix.

2)

	50 filles de joie.	100 filles de joie.	100 voleuses.	50 villageoises (nord).	50 villageoises (sud).	50 dames bonne société
Diam. anteropost.	17.7	17.8	17.9	18.3	18	18.3
„ trasv. max.	13.9	14.4	14.9	14.5	14.5	14.5
Circonférence max. orig.	52.9	53.3	53.5	52.7	53.6	58,8
Distance zygomatique	11.4	11.3	11.2	10.9	11.4	11.3
Distance mandib. biang	10.1	10.18	9.1	9.1	9.9	9.8

Arch. Psichiatrij Mierzejewski 1887. — Archivio di Psichiatria et Antropol. Crim. 1888. p. 196.

3) *Arch. di Psichiatria et Antropol. Criminal. X. 1889.*

Ajoutons que les soins de la maternité, adoucissant le caractère des femmes, ont augmenté chez elles le sentiment de la pitié.

Nous ne terminerons ce chapitre sans faire mention de l belle découverte qu'on doit, nous nous plaisons à le constater, à un juriste, M. Anfosso. Le *tachianthropomètre* qu'il a construit est un vrai mensurateur automatique *(Archiv. de Psich.*, IX. p. 173). On pourrait l'appeler, si le mot n'avait un peu trop de couleur locale, une guillotine anthropométrique; tant elle donne vite et avec la précision des machines, les mesures les plus importantes du corps, ce qui rendra bien aisés, même aux gens les plus étrangers à la science, la pratique anthroprométrique; et l'examen du signalement des criminels dont le perfectionnement reste toujours un des titres les plus glorieux de M. Bertillon. Et en même temps que cet instrument rendra des services dans la pratique judiciaire, il permettra sur une grande échelle les observations qui jusqu'ici n'étaient possibles qu'aux savants.

L'éxpérience en a été faite il y a peu de temps par M. Rossi qui étudiait le résultat de ces mensurations sur 100 criminels (presque tous voleurs); il a trouvé chez 88 la grande envergure supérieure à la taille; chez 11 inférieure; pour les pieds, il en a trouvé la longueur plus grande à droite chez 30, à gauche chez 58, égale chez 12. Pour les bras, 43 fois on trouve une longueur supérieure à droite; 54 à gauche. Ce que confirme merveilleusement la gaucherie (manicinisme) qu'on avait déja signalée par la dynamométrie et par l'étude de la marche chez les criminels.

La grande fréquence de la gaucherie anatomique ne pouvait pas être amieux confirmée et c'est bien là une caractère atavistique, puisque Rollet a observé chez 42 anthropoïdes l'humerus plus long à gauche dans 60 p. 100 des cas, et seulement chez les hommes dans les 7 p. 100. *(Revue scientifique 1889).*[1])

Cette vraie gaucherie anatomique, je viens de la vérifier avec M. Ottolenghi par des mensurations sur les mains, les doigts médium et les pieds, à droite et à gauche, sur 90 hommes normaux et 100 criminels-nés *(Archivio di psichiatria*, *X. 6)*.

	Main. plus longue.		Doigt médium.		Pied.	
	Droite p. 100.	Gauche	Droite p. 100.	Gauche	Droite p. 100.	Gauche
Normaux . .	14.4	11	16.6	15.5	38.5	15.6
Criminels . .	5	25	10	27	27	35
Escrocs . . .	4.3	13	13	21.7	21.7	26
Violateur . .	7	14.2	14.2	28.4	35.7	35.7
Blessures . .	15	25	5	25	20	55
Voleurs . . .	0	34.8	13	30.4	26	26.6
Pick-Pocket .	0	35	5	30	35	25

[1]) Archiv. di psichiatr. X. p. 191. 1889.

II. Uebersichtsartikel.

Zur Frage der Epilepsie-Behandlung.

Von Dr. VOIGT in Oeynhausen.

Die Erfolge der Behandlung hängen bei der Epilepsie, wie Ingram betont, zum Theil von den allgemeinen hygienischen-Bedingungen ab, unter denen der Kranke lebt; dieselben in jeder Beziehung so günstig als möglich zu gestalten ist erste Pflicht der Behandlung und wäre es auch nur in Rücksicht, darauf, dass erfahrungsgemäss die Epilepsie recht oft sich mit Phthise verbindet. Starben doch z. B. 28% der Hay'schen epileptischen Geisteskranken an Phthise. Sodann sind etwa vorhandene causale Momente zu berücksichtigen. In dieser Hinsicht handelt es sich bekanntlich fast immer um Fälle reflectorischer oder symptomatischer Epilepsie, da uns ja die eigentlichen Ursachen der idiopathischen Epilepsie unbekannt sind; allerdings wissen wir, dass dieselben vorwiegend erblich dazu Disponirte befällt (nach Hay in mindestens 75%), doch fehlen uns leider die Mittel zur Unschädlichmachung solcher Erbschaft.

Was die Reflex-Epilepsie anbetrifft, so ist gewiss Starr darin beizupflichten, dass sie, wie überhaupt alle reflectorischen Neurosen, bei Weitem nicht so häufig ist, als man gewöhnlich annimmt. Und ebenso ist ihm in der Verurtheilung des Bestrebens beizupflichten, die ächte Epilepsie (die Unterscheidung derselben von der reflectorischen lässt sich allerdings nicht aus dem Anfalle selbst, wohl aber aus dem Entwicklungsgange der Erkrankung, den begleitenden Umständen u. s. w. in den meisten Fällen sicher feststellen) — die ächte Epilepsie durch Cauterisation der Clitoris, durch Ovariotomie, durch Corrrection gefundener Augenfehler u. s. w. heilen zu wollen. Immerhin wird man gut thun, alle Organ-Erkrankungen wenn möglich zu beseitigen, da erfahrungsgemäss auch die Anfälle ächter Epilepsie durch Organ-Reizungen leichter zum Ausbruch kommen, als ohne dieselben. Das gilt besonders auch von Verdauungsstörungen; und wenn Robinson bei dem Berichte seines Falles fragt, ob die ächte Epilepsie durch jene hervorgerufen werden könne, so muss diese Frage zwar mit nein beantwortet, aber hinzugefügt werden, dass trotzdem zur Besserung der vorliegenden Epilepsie Nichts so nothwendig sei, als eine Besserung des Magenübels herbeizuführen. Man kann dann, wie Dana sagt, die *Epilepsie latent* machen d. h. ihre Anfälle weiter und weiter hinausschieben. — Die häufigste Ursache der reflectorischen und symptomatischen Epilepsie liegt aber jedenfalls in erlittenen Verletzungen, namentlich der Schädeltheile: eine Reihe mit Erfolg operirter Fälle machen es zur Pflicht, jeden Epileptiker darauf zu untersuchen, ob er irgend welche Traumen erlitten, beziehungsweise ob er noch Spuren derselben aufzuweisen hat. Ganz besonders verlangt das Hay hinsichtlich der Schädelverletzungen, da es nach ihm eine nicht kleine Reihe von Fällen gibt, in denen Schädelverletzungen nicht nur zur Epilepsie, sondern auch zu nachfolgender Geisteserkrankung Veranlassung gaben. Würde hier zur rechten Zeit trepanirt u. s. w., so könne wohl oft genug dem Entstehen der traumatischen Epilepsie und Geisteskrankheit vorgebeugt werden — eine Sache, die um so wichtiger sei, als nach Kiernan's und seinen eignen Beobachtungen die Mehrzahl jener beiläufig

in allen möglichen Formen der Geisteskrankheiten sich äussernden Fälle schliesslich in allgemeine Paralyse überzugehen pflegen. Im übrigen zeigt ein von Bryant mitgetheilter Fall, dass durch die Trepanation unter Umständen selbst da ein günstiges Resultat erzielt werden kann, wo weder an den von einem Schlage getroffenen und trepanirte Knochenstücke noch in seiner Umgebung und Unterlage irgend etwas Krankhaftes gefunden wird. Dass man trotzdem nicht leichtsinnig und ohne Noth trepaniren soll, ist selbstverständlich.

Hay erwähnt als Ursachen der (symptomatischen) Epilepsie mit Geisteskrankheit unter Anderm auch den Sonnenstich, der in seinen 134 Fällen 9 mal der Epilepsie vorausging; ferner den acuten Alcoholismus (3 mal) und die Syphilis (5 mal). Unter jenen 5 Syphilitikern, befanden sich 2, in welchen die Epilepsie als einziges Symptom erschien, so dass eine gröbere organische Hirnläsion sicher nicht vorhanden war. Darf man daraus ohne Weiteres schliessen, dass die genuine Epilepsie durch Syphilis hervorgebracht werden könne? Vor der Hand muss man das wohl verneinen, denn wenn man auch mit Hirt zugibt, dass ein erblich nervöser Kranker, der sich syphilitisch inficirte, leichter an idiopathischer Epilepsie erkrankt, als ein nicht erblich belasteter, so ist doch damit ein unmittelbarer causaler Zusammenhang zwischen Syphilis und genuiner Epilepsie noch nicht bewiesen. Jedenfalls ist aber auch hier eine causale Behandlung dringend nothwendig.

In dritter Reihe endlich stehen die zur Bekämpfung der Anfälle angewandten Mittel. Unter diesen nehmen die Bromide immer noch die erste Stelle ein, zumal sie gerade in den Fällen idiopathischer Epilepsie vortreffliche Dienste leisten. Sieht doch Charcot geradezu ein charactéristisches Merkmal der ächten Epilepsie darin, dass die Zahl ihrer Anfälle sich durch den Gebrauch der Brom-Mittel vermindert. Allerdings wirken sie ja in manchen Fällen nachtheilig; trotzdem gehen sie, wie Ingram sagt, vorausgesetzt, dass man die nöthigen Cautelen bei ihrer Dosirung u. s. w. nicht ausser Acht lässt, bessere Resultate, als irgend ein anderes Heilmittel. Ihre Anwendung empfiehlt sich vor allem da, wo die Anfälle sehr oft kommen und sehr schwer sind, während sie in Fällen seltener Convulsionen am besten weggelassen werden, zumal wenn die Ursache in organischen Fehlern (Benedict's Porencephalie u. s. w.) liegt. Dass sich im Uebrigen die *Combination von Bromkalium mit Bromnatrium und Bromammonium*, der mit Vortheil auch *Atropin oder Extract. Belladonna* zugesetzt werden kann, am nützlichsten erweist, steht erfahrungsgemäss fest. Dagegen scheint das *Nickel-Bromür* gar nicht, das *Campher-Bromid* und das von Laufenauer und Rottenbiller geprüfte *Rubid.-Ammon.-Bromid* nur in einzelnen Fällen günstig zu wirken. Dasselbe gilt vielleicht auch vom *Acetanilid (Antifebrin)*, doch muss dasselbe erst noch weiter auf seinen Nutzen untersucht werden. Dujardin-Beaumetz wandte dasselbe in 3 Fällen 8 Monate lang an mit dem Erfolge, dass in den folgenden 3 Jahren keine Anfälle wieder auftraten; in einer grossen Anzahl anderer Fälle dagegen sah er keinen Nutzen. Günstigere Erfolge hatte Diller. Er gab dasselbe einer Reihe von Epileptikern, die zugleich an psychischen Störungen litten, etwa 4—5 Monate lang 3 mal täglich in Dosen von 0,25 Gramm und beobachtete dabei 1., dass sich in allen Fällen die Zahl der epileptischen Anfälle um 25—75% stärker verminderte, als da, wo eine

ebenso lange Behandlung abwechselnd mit Tonicis und Bromiden durchgeführt wurden; 2., dass das Antifebrin im Gegensatz zu den Bromiden gut vertragen wurde und namentlich keine deutliche körperliche und geistige Depression folgte; 3., dass es keine Hauteruptionen hervorrief; 4., dass es dagegen in Fällen, wo man die Häufigkeit der Anfälle schnell vermindern will, an Wirksamkeit den Bromiden nachsteht. Hiernach dürfte seine Anwendung sich da empfehlen, wo die Bromide im Stiche liessen oder nicht vertragen wurden. In solchen Fällen würde dann vielleicht auch das Amylenhydrat, nicht aber, wie Smith will, das Antipyrin (vergl. Tuczek's Antipyrin-Epilepsie) anzuwenden sein. Und endlich wäre auch ein Versuch mit der *hypnotischen Suggestion* zu machen; vorläufig freilich steht Wetterstrand's Beobachtung, dass durch dieselbe bei idiopathischer Epilepsie die Zahl und Heftigkeit der Anfälle herabgesetzt werden könne, noch vereinzelt da.

Wenn die von Ingram gemachte Erfahrung richtig ist, nach welcher der Ausbruch der epileptischen Anfälle durch plötzliche starke Barometer- und Thermometerschwankungen befördert wird (nach Starr liesse sich diese Erscheinung aus den dann eintretenden Schwankungen des arteriellen Tonus erklären) so würde es sich natürlich empfehlen, bei der diätetischen und arzneilichen Behandlung der Epileptiker darauf soweit als möglich Rücksicht zu nehmen.

Zur Bekämpfung des *Status epilepticus* empfiehlt Ingram das *Chloralhydrat;* er gab es (in stündlichen Dosen von 0,3 Gramm per rectum) in der Mehrzahl der Fälle mit gutem Erfolge. Ebenso günstig scheint hier nach ihm und Lyon das *Pilocarpin* zu wirken. — Da Hay von 50 epileptischen Geisteskranken 17 durch den während oder unmittelbar nach einem Anfalle eintretenden Tod verlor, so erscheint es zweckmässig, diese Mittel bei heftigen Anfällen anzuwenden. Ja im Nothfalle ist hier wohl auch der *Aderlass* zu machen; wenigstens behauptet Leszynsky, durch denselben in einigen Fällen das Leben gerettet zu haben. Am wenigsten ist gegen den Status epilepticus wohl von der *Unterbringung der Vertebral-Arterien* zu erwarten: Bryant sah in einem Falle, wo beide Arterien zugleich unterbunden wurden, die Anfälle sich nur für 2 oder 3 Tage an Zahl etwas vermindern.

Auf jede Behandlung verzichtete Charcot in seinem Falle von Epilepsie mit Hysterie und Morphiomanie, da dieselbe hier völlig aussichtslos sei. In ähnlichen Fällen wird es sich natürlich immer zunächst um die Frage handeln, ob nicht etwa die sogenannte Hystero-Epilepsie vorliegt — eine Erkrankung die bekanntlich mit Epilepsie durchaus Nichts zu thun hat, übrigens von derselben, wie Charcot gegen Oppenheim u. A. bemerkt, durch das Vorhandensein gewisser, bei der ächten Epilepsie nie vorkommenden Symptome, wie Einschränkung des Gesichtsfeldes, Verlust des Geruchs und Geschmacks, hysterogene Zonen u. s. w., vielleicht auch, wenn De la Tourette's Entdeckung sich bestätigt, durch die beträchtliche Verminderung der im Urin ausgeschiedenen Urate und Phosphate gegenüber deren Vermehrung nach Anfällen ächter Epilepsie leicht zu unterscheiden ist.

Literatur-Verzeichniss.

1. Charcot (Paris): A clinical lecture Epilepsy, hysteria and morphiomania. (The Medic. Age 26. August 1889.)

2. **Allen Starr** (New-York): The relation between peripheral irritation and nervous phenomena, with special reference to eye-strain. (Die Beziehungen peripherer Reizung zu nervösen Erscheinungen, mit besonderer Berücksichtigung der Augenfehler. (The Medic. Record. 4. Januar 1890.)
3. **Theodor Diller** (Danville, Pa.): Antifebrin in the treatment of epilepsy. (The Therapeutic Gazette 15. Juni 1889.)
4. **M. Hay** (Morris Plains, N. J.): A report of six cases of epileptic insanity due to traumatism. (6 Fälle traumatischer Epilepsie mit Geisteskrankheit.) (The American Lancet Decbr. 1889.)
5. **M. Hay** (Morris Plains, N. I.): Remarks upon the various forms in a study of 134 cases of epilepsy. (Ueber die verschiedenen Formen epileptischer Geisteskrankheit; statistische Notizen aus 134 Fällen.) (The American Lancet. Januar 1890.)
6. **Dujardin-Beaumetz** (Paris): On new analgesics. (The Therap. Gazette 15. Januar 1890 p 11.)
7. **Beverley Robinson** (New-York): Case of epilepsy dependent apparently upon dyspepsia. (Ein anscheinend von Dyspepsie abhängender Fall von Epilepsie.) (The Medic. Record. 1. März 1890.)
8. **Frank H. Ingram** (New-York): A contribution to the study of epilepsy. (The Medic. Record 1. März 1890.)
9. Discussion über den Robinson'schen Fall in der Practitioners society of New-York. Sitzung vom 7. Februar 1890. (The Medic. Record 1. März 1890.)
10. Discussion über Ingram's-Abhandlung in der New-York Neurological Society. Sitzung vom 4. Febr. 1890. (The Medic. Record 1. März 1890.)

III. Referate und Kritiken.

40) **Kam** (Meerenberg): Eene gewijzigde Pal'sche Methode. (Modification der Pal'schen Schnittfärbung.) (Psychiatr. Bladen VIII. 1.)

K's Methode unterscheidet sich von der Weigert's wesentlich nur durch das Weglassen der Behandlung mit Kupferacetat, dessen Einwirkung K. durch Erhärtung in der Kupfervitriol enthaltenden Erlitzky'schen Flüssigkeit ersetzen will, und von der Pal's dadurch, dass er erst 4—20 Minuten in einer $^1/_4$% Kali hypermanganicum Lösung und dann in einer sehr mühsam zu bereitenden 5% SO_2-Lösung entfärbt. K. hat für den Hirnstamm bessere Resultate gesehen, als nach Pal, giebt aber selbst zu, dass seine Färbung zur Darstellung weder in der Gross- noch in der Kleinhirnrinde die markhaltigen Fasern in zuverlässiger Weise darstellt. Kurella.

---

41) **G. Vassale** (Reggio): Una modificazione al metodo Weigert per la colorazione dei centri nervosi. (Rivista sperim. di freniatr. e di med. legale Bd. XV. H. 1.)

Verf. glaubt, die im Augenblicke ja so vielfach angewandte Weigert'sche Haematoxylinfärbung auf folgende Weise vereinfachen, und beschleunigen zu können. Er verwendet drei Lösungen.

1) 1,0 Haematoxylin gelöst in 100,0 heissem destillirtem Wasser.
2) Eine gesättigte, filtrirte Lösung von neutralem essigsaurem Kupferoxyd.
3) 2,0 Borax; 2,5 Ferridcyankalium gelöst in 300,0 Wasser.

Die auf die gewöhnliche Weise hergestellten Schnitte kommen aus dem Alkohol zunächst 3—5 Minuten in die erste Lösung, darauf 3—5 Minuten in die zweite Lösung, wo sie sehr schwarz werden; zuletzt nach raschem Abwaschen in Wasser kommen sie in die dritte Lösung, wo bei Umherbewegung der Schnitte die Ganglienzellen, die Neurolgia und die degenerirten Theile rasch ihre Farbe verlieren und die markhaltigen Nervenfasern dunkel violett bleiben. Darauf werden die Schnitte genau ausgewaschen in Wasser, in Alkohol gebracht, in Xylol-Phenol (3:1) aufgehellt und in Canadabalsam eingeschlossen.

Sollte die Methode dasselbe leisten, wie die Weigert'sche, so wäre dieselbe sicherlich sehr willkommen. Strauscheid.

---

42) **C. Winkler** (Utrecht): De Centrale loop von den N. acusticus. (Der centrale Verlauf des n. acusticus.) (Psychiatr. Bladen VIII. 1.)

In einem Fall von Hemiatrophie cerebri, in dem der rechte Temporallappen (Hörcentren) fast vernichtet war, fand W. vollkommenen Schwund des r. ganglion geniculatum mediale, des r. hinteren Bindearms, des r. hinteren Zweihügels, des lateralsten Theils des r. lemniscus, der r. *oberen* Olive und des r. corpus trapezoides, welches mit viel weniger Fasern aus der oberen Olive entsprang, als das linke; nur spärliche Fasern zogen im corp. trapez. d. nach dem linken accessorischen Acusticus-Kern; in diesem selbst waren die Zellen kleiner, der ganze linke Kern weniger umfangreich, als d. rechte, auch die striae acusticae waren links kleiner.

W.'s Befund einer absteigenden Degeneration vom r. Temporallappen zum l. „accessorischen" Hörkern bestätigt also die embryologischen Aufstellungen Flechsig's über den Verlauf der centralen Hörbahn, und die Theorie Baginski's über die Function der hinteren Zweihügel. Somit ist von den viel umstrittenen Acusticuskernen wenigstens die Bedeutung des „accessorischen" bestätigt. Kurella.

---

43) **Jelgersma** (Meerenberg): Het ontbreken van het Corpus callosum in de hersenen. Eene bijdrage tot de theorie van de vorming der windingen. (Balkenmangel und seine Bedeutung für die Genese der Hirnwindungen.) (Psychiatr. Bladen VIII. Heft 1.)

J. hat früher zu wiederholten Malen die Theorie entwickelt, dass die Entstehung der Hirnwindungen ausschliesslich durch das Wachsthum der grauen Substanz und ihr an der glatten Oberfläche nicht befriedigtes Raumbedürfniss bedingt sei, und leitet aus dieser Theorie das Postulat ab, dass eine Abnahme der weissen Substanz, z. B. beim Zugrundegehen des Balkens, und damit eine Abnahme der Oberfläche bei unveränderter Masse der grauen Substanz zu vermehrten Windungen führen müssen. Er findet das, neben Hydrocephalus internus, auch bei seinen und den sonst publicirten Fällen von Balkendefect bestätigt, und gewinnt somit eine neue Stütze für seine Theorie der Gyrogenese. Kurella.

44) **Carlo Martinotti**: Beitrag zum Studium der Hirnrinde und zum centralen Ursprung der Nerven. (Società medico-chirurgica di Pavia.) Sitzung vom 15. Juni 1889.

Die Spitzenfortsätze der Pyramidenzellen der Rinde gehen gegen die Peripherie zu über das Lager der markhaltigen Nervenfasern bis zum submeningealen Neurogliastratum, wo sich keine Nervenfasern mehr finden. Mit der Reaktion Golgi's kann man sehr wohl die Nervenfasern verfolgen, da dieselben den Verlauf des Axencylinders zeigen, so dass man sicherer zu genauen Kenntnissen über den verwickelten Verlauf der Nervenfasern kommt, als mit all jenen Methoden, die eine grosse Menge von Fasern zeigen und desshalb den Verlauf der einzelnen derselben nicht unterscheiden lassen. Protoplasmafortsätze sind von den nervösen wohl zu unterscheiden; die ersteren gehen nie in Nervenfasern über, treten vielmehr mit ihren feinsten Verzweigungen mit den Neurogliazellen und den Gefässen in Beziehung. Die Ganglienzellen können nach der Art des Verhaltens ihres Nervenfortsatzes in zwei Gruppen unterschieden werden, ebenso wie auch die in die graue Substanz eintretenden Nervenfasern je nach dem Verhalten ihrer Axencylinder, in zwei Gruppen zerfallen, wie das Golgi und seine Schüler in zahlreichen, in diesem Centralblatt zumeist referirten Arbeiten beschrieben haben. Verf. hat zunächst nur obige, meist schon bekannte Thesen im Gegensatz zu den von Kölliker gegen Golgi's Methode erhobenen Einwendungen aufgestellt; die Arbeit von Rossbach u. Sehrwald wird gar nicht erwähnt. Strauscheid.

45) **A. Lehmann**: Autosuggestion of locale Temperaturforandringer hos Ikke-Hypnotiserede. (Autosuggestion localer Temperaturschwankungen bei Nicht-Hypnotisirten.) (Hospitals-Tidende 3. Räkke Bd. VIII. Nro. 3 1890.)

Der Verf. hat versucht, ob man, ohne hypnotisirt zu sein, allein durch die Vorstellung von Temperaturänderungen in dem einen oder anderen Körpertheil auch wirklich solche hervorrufen kann, und hat diese Vermuthung bestätigt gefunden. Er und sein Gehilfe konnten, wenn sie sich eine Erhöhug der Wärme in der vola manus recht intensiv vorstellten, auf einem dazu construirten und in der vola untergebrachten Luft-Thermometer eine Temperatursteigerung von resp. 0,06° und 0,02° nachweisen. Richteten sie danach, ohne die Stellung des Thermometers zu ändern, ihre Aufmerksamkeit auf die Fingerspitzen, dann sank die Temperatur in der vola um 0,52° und 0,49°.

Helweg (Aarhus).

46) **A. Lehmann**: Hypnosen og dermed beslägtede normale Tilstande. (Die Hypnose und die damit verwandten Zustände.) (Kjöbenhavn. 1890. Philipsens-Forlag. 196 S.)

Der Verf., der nicht Arzt sondern Philosoph ist, will eine psychologische Erklärung des hypnotischen Zustandes versuchen. Sein psychologischer Standpunkt ist der des „psycho-physischen Materialismus“. Das psychische Vermögen der Materie, das sich allein in dem Centralnervensyetem kenntlich macht, ist nur eins, nämlich das Empfindungsvermögen; aus der mit Lust- und Unlustgefühlen betonten Empfindung werden alle Seelenvermögen erklärt. Die Aufmerksamkeit beruht darauf, dass der betreffende Theil des Sensoriums

durch einen vasomotorischen Reflex in functionelle Hyperämie versetzt wird; diese ist immer nur partiell, kann nie das ganze psychische Organ auf ein Mal einnehmen.

In seinen Betrachtungen über die Hypnose hält der Verf. sich ganz an die von der Nancy-Schule mitgetheilten Phänomene und betrachtet die aus der Salpetrière-Schule stammenden als Kunstproducte. — Die Hypnose ist mit dem natürlichen Schlaf sehr nahe verwandt. Der Schlaf tritt ein, wenn die Production von Vorstellungen aufhört, wenn die Aufmerksamkeit (die functionelle Hyperämie) nicht mehr festgehalten werden kann; aber das ganze Sensorium schläft nicht gleichzeitig ein, es scheint, als ob der Gesichtssinn am ersten und der Laut- und Muskelsinn am spätesten einschlafen, und es kann geschehen, dass der Gehörsinn, entweder für alle Laute oder nur für einen ganz bestimmten Laut wach verbleibt, während das ganze übrige Sensorium schläft. Ebenso verhält sich das in der Hypnose. Sie wird von Bernheim dadurch hervorgerufen, dass er die Aufmerksamkeit des Mediums auf die mit dem Einschlafen verbundenen Sensationen concentrirt, wodurch eben diese Sensationen erweckt werden, und dadurch wieder tritt schliesslich der Schlaf selbst ein, nur der Gehörsinn wird durch die Stimme des Hypnotiseurs in wachem Zustande gehalten, entweder allen Lauten, oder nur dieser Stimme gegenüber. Der Hypnotiseur hält also eine Thür offen, durch welche er in das Sensorium des Mediums nach Belieben alle möglichen Vorstellungen einbringen kann; die Controlle ist weggefallen, weil das übrige Sensorium schläft. Aber greift der Hypnotiseur nicht im rechten Augenblicke ein, dann schliesst sich auch der Lautsinn zu, und die Hypnose geht in den normalen Schlaf über. — Von dieser Auffassung aus werden die verschiedenen hypnotischen Phänomene behandelt und recht ungezwungen damit in Einklang gebracht. — Das Buch, das kurz, klar und unterhaltend geschrieben ist, giebt also eine einfache physio-psychologische Erklärung dieser vielfältigen Thatsachen, und durch zahlreiche, mit grosser Umsicht gesammelte Beispiele wird die Uebereinstimmung zwischen Hypnose und verschiedenen bekannten Zuständen, besonders dem Schlafe, dargethan, so dass das Räthselhafte zum Theil verschwindet. Dagegen vermisst man eine Darstellung und Erklärung des doch immer bedeutenden *Unterschiedes* zwischen der Hypnose und dem Schlafe. Helweg.

---

47) **Blumenau:** K utschenin o dawlenji na mosg. 1889. (Zur Lehre vom Hirndruck.)

Verf. kommt in seiner, an Experimenten, und Literatur der Frage recht reichen Arbeit, zu folgenden Schlüssen: jede Verstärkung des subarachnoidalen Druckes spiegelt sich in bestimmten Veränderungen ab, die man unmittelbar beobachten kann. Der erste Grad dieser Veränderungen besteht in einem erhöhten Pulsiren der Hirnvenen. Bei verstärktem intercraniellem Drucke beginnen die Gefässe zusammengedrückt zu werden, was sich am frühesten an den venösen Stämmchen, die in dem subarachnoidalen Gebiete liegen, äussert. Der acute Symptomencomplex des Druckes auf das Hirn entwickelt sich nur dann, wenn allgemeine Anaemie des Hirnes eintritt. Die symptomatische Verstärkung des Blutdruckes in den Arterien des ganzen Körpers bildet bei dem Druck aufs Gehirn eine Bedingung der Compensation, da

ersteres zu einem erhöhten (collateralen) Blutandrange zu den zusammengepressten Gefässen führt. Eine starke Abnahme des Blutdruckes, die bei Hirndruck vorkommt, hängt ausschliesslich von einer übermässigen Verlangsamung oder von Stillstand der Herzthätigkeit ab. Die, durch intracraniale Injection physiologischer Flüssigkeiten unter hohem Druck, hervorgerufenen Symptome erklären sich nicht durch irritirende Eigenschaften der Flüssigkeit oder andere Momente, sondern einzig durch den Druck. In der zusammengedrückten Hirnsubstanz tritt eine Circulationsstörung ein, gewöhnlich in der Form einer venösen Hyperaemie. Das Endresultat der pathologischen Veränderungen der zusammengedrückten Hirnsubstanz besteht in der Atrophie der Nervenelemente, mit übermässiger Entwickelung des interstitiellen Gewebes. K. Kowalewskaja (Charkow).

---

48) **Nagel**: O kolebaniach kolitschestwa krowi w golownom mosgu pri raslitschych uslowiach. (Ueber das Schwanken der Blutmenge im Gehirn unter verschiedenen Bedingungen.) 1889.

Das Hauptziel des Autors bei den Experimenten an Thieren — war den Zustand der Hirngefässe unter dem Einfluss der Reizung der Sinnesnerven aufzuklären: ob sie sich dabei erweitern oder verengern? ob die Erweiterung eine active, in Folge Erregung der Gefässerweiterer, oder eine passive, wegen des dabei erhöhten Arterialdrucks sei? In Bezug auf den Zustand der Hirngefässe bei Reizung der sensibeln Nerven — hat V. eine Erhöhung der Hirnvolumenscurve gefunden, mit Ausnahme eines Falles. Die Erforschung der Frage — ob man mit activer Erweiterung in Folge der Erregung der Vasodilatoren, oder passiver, durch erhöhten Arterialdruck, zu thun hat, zeigte dass die Hirngefässe sich mehr oder weniger passiv zu dem Schwanken des Arterialdruckes verhalten. Bei Reizen der sensibeln Nerven kann ausser Steigerung des Arterialdrucks, auch noch eine unmittelbare reflectorische Wirkung auf die Hirngefässe Platz haben; also bestätigt V. die enge Abhängung zwischen dem Arterialdrucke und dem Zustande der Hirngefässe, was schon von Fischer, Knoll und And. beobachtet wurde. Folglich spiegelt sich das Schwanken der Arterialblutzufuhr, als Resultat des Schwankens des Arterialdruckes, jedesmal in dem Volum der Hirngefässe ab. Diese Wirkung des Arterialdruckes kann mit der Wirkung des venösen Ablaufs verwechselt werden. Dieselbe Steigerung des Arterialdruckes führt die Erweiterung der Hirngefässe, bei Reize der sensibeln Nerven, herbei. Die Versuche mit dem Reize verschiedener Sinnesnerven beim Menschen ergaben im grossen ganz dieselben Resultate wie die Experimente an Thieren, dass heisst die Blutmenge im Hirn wächst dabei.

V. beobachtete dass beim Menschen die Veränderungen der Athembewegungen eine grosse Rolle spielen; überhaupt betheiligen sich psychische Empfindungen sehr leicht bei solchen Untersuchungen. In Betreff des Schwanken der Blutfülle unter Wirkung psychischer Thätigkeit, beobachtete V. dass bei Erregung psychischer Affecte die Hirncurve viel mehr steigt als bei intellectueller Thätigkeit. Kowalewskaja (Charkow).

---

49) **J. Rich. Ewald** (Strassburg): Ueber motorische Störungen nach Verletzungen der Bogengänge. (Centralbl. für die medicin. Wissenschaften 1890 Nro. 7 u. 8.)

Nimmt man nach der vom Verf. (Tagebl. der Naturforschervers. zu Köln S. 76) beschriebenen Methode den rechten Utriculus mit den 3 Ampullen und den 3 Bögen bei einer Taube fort und verschliesst den Hohlraum mit einer Plombe, so zeigen sich unmittelbar nach der Operation *rechtsseitige* Muskelschwäche in der Bein-, Flügel- und Halsmuskulatur. Es bedarf auf dieser Seite stärkerer Innervationsimpulse zum Zustandekommen einer willkürlichen Bewegung als auf der anderen, die absolute Kraft der Muskeln ist bedeutend verringert. „Es müssen, da es sich bei den Versuchen um Ausfallserscheinungen handelt, daher vom Ohrlabyrinth aus normaler Weise beständig sensible Reize ausgehen, mit deren Fortfall eine Schädigung des normalen Gebrauches der quergestreiften Muskulatur verknüpft ist".

Goldstein (Aachen).

---

50) **Bechterew** (Kasan): O sritelnoi plaschtschadi na powerchnosti mosgowych poluscharij. (Ueber die Sehsphäre auf der Oberfläche der Grosshirnhemisphären.) (Kowalewskij's Archiv 1890 Nro. I.)

Bechterew's neue Arbeit basirt auf einer sehr eingehenden kritischen Analyse der Arbeiten von Munk, Luciani, Ferrier, Goltz und besonders der von Lannegrace (Archive de médecine expérimentale 1889), und auf Abtragungen der Hirnrinde bei Hunden und Katzen, deren Ergebniss sich dahin zusammenfassen lässt, dass die Regionen, deren Zerstörung mehr oder weniger ausgesprochene Sehstörungen veranlassen, einen beträchtlichen Theil der Hemisphärenoberfläche einnehmen, nämlich: den ganzen hinteren Theil der Hemisphären, mit Einschluss der inneren Oberfläche, des angrenzenden Theils der Scheitelregion bis zum sulcus cruciatus. Bei einseitiger Zerstörung der Rinde constatirte nun R. drei Arten von Sehstörung 1) bilaterale homonyme Hemiopie; 2) dieselbe Störung zugleich mit Amblyopie des gekreuzten Auges, bei besondrer Betheiligung der Stelle deutlichsten Sehens; 3) einfache Amblyopie des gekreuzten Auges. B. nimmt nun an, dass die Rinde zwei einander zum grossen Theil deckende (congruente) optische Flächen enthält, die eine, im Occipital- und Parietal-Lappen, repraesentirt die homonymen Hälften beider Retinae, die andere, die wesentlich nur den Schläfenlappen einnimmt, repraesentirt die Function der gekreuzten Retina; die Zerstörung der ersten Fläche macht homonyme bilaterale Hemiopie, die — meist nur zugleich mit der der ersten mögliche — der zweiten bewirkt daneben zugleich Amblyopie des Rests der gekreuzten Retina, besonders ausgeprägt für die Stelle deutlichsten Sehens, in einzelnen Fällen kommt es übrigens für dies Gebiet nur zu gekreuzter Amblyopie. B. bestreitet dagegen, dass es möglich wäre, durch einseitige Rindenverletzung einen künstlichen gekreuzten Gesichtsfelddefect im Sinne eines p. coecum (Munk) hervorzurufen, und erklärt die Seelenblindheit für einen lediglich durch eine gewöhnliche Amblyopie, bedingten Zustand ohne dass seine Versuchsergebnisse übrigens den Leser in Stand setzen, diese letzte radicale Negation eingehend nachzuprüfen; es soll dahingestellt bleiben, ob Thierversuche in einer Frage, die in hohem Maasse von der Beobachtung psychischer Reactionen abhängt, geeignet sind, den klinischen Erfahrungen ohne weiteres entgegengestellt zu werden.

Kurella.

---

51) **Eulenburg** (Berlin): Ueber den diagnostischen Werth des Charcot-Vigouroux'schen Symptoms bei Basedow'scher Krankheit.

(Centralbl. f. klin. Medicin. 1890. Nro. 1.)

Ueber das Charcot-Vigouroux'sche Symptom — die Verminderung des galv. Leitungswiderstandes bei Basedow'scher Krankheit — ist in diesem Centralblatte (1887, Nro. 17, 1889 Nro. 6) verschiedentlich berichtet worden. Um der von Franz gemachten Einwendung zu begegnen, dass die Beobachtung sich auf ein zu geringes Material stütze, gibt Verf. in einer Tabelle weitere 12 Fälle. Er kommt zu demselben Schlusse wie früher, dass nämlich die durch rasches Absinken des Leitungswiderstandes bedingte Abnahme der relativen Widerstandsminima bei B. Krankheit ein zwar wichtiger und diagnostisch schätzbarer, aber nicht unbedingt pathognomonischer und ebensowenig ganz konstanter Befund ist. Goldstein.

---

52) **C. F. Steinthal** (Stuttgart): Ueber Stimmbandlähmung bei Kropf.

(Württemb. med. Correspondenzbl. Nro. 1. 1890.)

Stimmritzenkrampf bei einem Kranken mit Struma. Verf. stellt sich vor, dass Vagus durch Struma geschwächt war. Bei kurzem dicken Halse und mächtig entwickeltem Kopfnicker machte sich Druckwirkung nach innen auf den Nerven geltend, besonders da Struma substernal lag. Nun genügten geringfügige äussere Einflüsse, wie Hustenstösse, laryngoscop. Untersuchung etc., um den Krampf auszulösen. Goldstein.

---

53) **Eulenburg** (Berlin): Subacute amyotrophische Spinallähmung mit paralytischer Schultergelenkerschlaffung; Behandlung durch Arthrodese.

(Berl. klin. Wochenschrift 1890. Nro. 3.)

Verf. theilt einen Fall von sog. subacuter amyotrophischer Spinallähmung bei einer 27 jährigen Kranken mit, bei welcher Wolf die Arthrodese mit Erfolg ausführte. Die Wichtigkeit des operativen Eingriffs besteht wesentlich darin, dass für eine entsprechende Localbehandlung das Terrain geebnet wird, indem die atrophische Muskulatur des Schultergürtels von dem beständig dehnenden Gewichte des herabhängenden Armes entlastet und ihren Ursprüngen und Anheftungen eine normale oder doch nahezu normale Lagerung wiedergegeben wird. Goldstein.

---

54) **Wiesmann** (Herisau): Ein Fall von Pachymeningitis spinalis externa suppurativa in Folge eines leichten Traumas.

(Correspondenzbl. für Schweizer Aerzte 1890, Nro. 6.)

43 jähriger Fuhrknecht wurde vom 4.—7. Februar 1890 an Carbunkel im Nacken behandelt. Am 13. Februar erlitt er ganz geringes Trauma im Rücken. 5 × 24 Stunden später Gefühl von Eingeschlafensein der Beine. Anaesthesie macht weitere Fortschritte. Beine und Mastdarm völlig gelähmt. Haut- und Sehnenreflexe erloschen. Verwirrtheit. Decubitus. Erschwertes Athmen. Tod am 27. Februar. Die *Section* ergab vereitertes Haematom der Rückenmuskulatur mit Durchbruch in den Wirbelkanal und consecutiver Pachymeningitis spinalis externa. Beginnende Leptomeningitis cerebralis. Hypostatische Pneumonie des linken unteren Lungenlappens. —

Bemerkenswerth ist an dem Falle, dass ein geringes Trauma in kurzer Frist den Tod herbeiführte. Unaufgeklärt bleibt, in wie weit der kurz voraufbestandene Carbunkel pathogenetisch anzuschuldigen ist; ob nicht vielleicht noch Coccenmaterial von demselben vorhanden war und so das Hämatom günstigen Nährboden zur Vereiterung fand. Goldstein.

---

55) **Eskridge** (Denver): Abscess of the brain. Operation. Death on the ninth day. (Journal of nervous and mental disease. Juni 1889.)

Ein 30 Jahre alter Mann hatte im September einen Typhus überstanden wovon er einen rechtseitigen eitrigen Mittelohrkatarrh zurückbehielt. Er war schon auf dem besten Wege zur Besserung, als er Mitte November starken Kopfschmerz, geringe Temperatursteigerung bekam und sehr reizbar wurde. Am 21. November, als Verf. hinzugerufen wurde, delirirte Pat., wähnte, seine Umgebung wolle ihn tödten. Die Muskeln des linken Mundwinkels waren etwas paretisch. *Die Extensoren der linken Hand waren schlaff gelähmt, die Flexoren waren paretisch.* Die übrigen Muskeln waren nicht afficirt. Die Zunge wurde ein wenig nach links gestreckt. Aus dem rechten Ohr floss Eiter. Die Gewebe über dem rechten Processus mastoideus waren nicht geröthet oder geschwollen noch schmerzhaft auf Druck. Temp. 38,3°, Puls 110. E. stellte danach die Diagnose auf einen *Abscess im oberen Theil des unteren Drittels der postcentralen Windung.* Der Zustand der Pat. blieb ziemlich gleich, die Temperatur stieg auf 38,9°. Man beschloss deshalb eine Operation. Dieselbe ging glatt von Statten. Dura und Pia mater waren unverändert, beim Einschnitt ins Gehirn entleerte sich etwa eine Unze, Eiter und Detritus.

In den ersten 2 Tagen nach der Operation fühlte sich Pat. wohler, frei von Wahnideen, die Handflexoren waren kräftiger. Doch ging dieses Resultat infolge der schlechten chirurgischen Nachbehandlung direkt wieder verloren. Es trat wieder Fieber ein, der Kranke delirirte, versank dann in Koma und starb am 9. Tagen nach der Operation. Bei der Autopsie fand man eine sehr schwere eitrige Meningitis auf der rechten Hirnseite und die Abscess höhle an der diagnosticirten Stelle. Sonst keine Gehirnerkrankung. Demnach liegt an der bezeichneten Stelle das Centrum für die Handextensoren.

Wäre nicht die chirurgische Nachbehandlung eine mehr wie lässige gewesen, so wäre beste Aussicht auf völlige Heilung vorhanden gewesen.

Strauscheid.

---

56) **A. Boccolari** und **C. Borsari** (Modena): Della resistenza ed eccitabilità elettrica nella paralisi progressiva degli alienati e nella epilessifrenia. (Elektrische Erregbarkeit bei Paralyse und Epilepsie.)

(Rivista sperim. di freniatria Bd. 15. H. 1. 1889.)

Verf. haben bei Paralytikern und Epileptikern Versuche über die elektrische Erregbarkeit und Widerstand angestellt. Die galvanische neuromusculäre Erregbarkeit ist bei Paralyse herabgesetzt. KaSZ erscheint zugleich mit AnSZ. Der absolute elektrische Widerstand ist erhöht, manchmal bis 4000 Ohm. Der Grad der Muskelerregbarkeit ist beim faradischen Strome herabgesetzt.

Bei den Epileptikern ist die galvanische Erregbarkeit gleichfalls herabgesetzt; direkt nach dem Anfall ist sie erhöht, nach einiger Zeit vermindert. Auch hier erscheinen KaSZ und AnSZ oft zu gleicher Zeit. Oefters findet man in einer einzelnen Muskelpartie EAR. Der absolute elektrische Widerstand ist erhöht, nur direkt nach dem Anfall verringert. Die faradische Muskelerregbarkeit ist herabgesetzt. Strauscheid.

---

57) **B. Silva** et **B. Pescarolo** (Turin): Della resistenza elettrica del corpo umano in condizioni normali e pathologiche.

(Rivista sperimentale di freniatria e di med. leg. 1889. Bd. XV. H. 2 und 3.)

Der im Allgemeinen grosse Widerstand des menschlichen Körpers gegen den galvanischen Strom nimmt zuerst rasch, dann langsamer ab, um nach einiger Zeit ein constantes Minimum zu erreichen.

Mit Zunahme der elektromotorischen Kraft und der Oberfläche der Elektroden nimmt der Widerstand ab; ohne Einfluss sind Druck und Temperatur der Elektroden, von geringem Einfluss die Körpertemperatur, mit der der Widerstand steigt und fällt.

Stromunterbrechungen haben keinen merklichen Einfluss, wohl aber verringert Stromwechsel den Widerstand.

Der Widerstand ist proportional der Dicke der Epidermis und der Zahl der Schweiss- und Talgdrüsen. Palma manus und planta pedis zeigen einen constanten grossen Widerstand.

Im Fieber, bei Exanthemen, bei Fetten, beim Diabetes, sowie bei allen Personen mit trockner Haut ist der Widerstand gross; kleiner ist er bei solchen, die leicht erregt sind, leicht schwitzen, wie auch bei Morbus Basedowii.

Bei Hysterie, bei Hemiplegien und Hemianaesthesien, bei Hirndruck, bei Pleuritiden findet man keinerlei constante Veränderungen des Widerstandes, bei Ascites nach Entleerung der Flüssigkeit eine Verminderung.

Antipyretica, Pilocarpin vermindern den Widerstand, auch wenn die Temperatur nicht herabgesetzt und kein Schweiss erzeugt wird, Bäder wirken nur dann so, wenn die Temperatur des Fiebernden herabgesetzt wird; ohne Einfluss sind sie bei Gesunden.

Excesse in Alcohol et Venere, Missbrauch von Tabak, Atropin, Amylnitrit, Gemüthsbewegungen, Fasten, das Wetter, die Faradisation der Haut haben keinen deutlichen Einfluss auf den el. Widerstand.

Der el. Widerstand hängt ganz von dem physikalischen Zustande der Haut ab, also nur sekundär auch neben anderm von dem des Gefässsystems; die Messung des el. Widerstandes hat also keinen diagnostischen Werth für Erkennung des morbus Basedowii, der Hysterie, der intracraniellen Erkrankungen etc.

Am besten benutzt man bei einer elektrodiagnostischen Prüfung den Erb'schen Tisch mit Rheostat, Normalelektroden, die immer mit warmem (40°) Wasser reichlich befeuchtet sind und von denen die indifferente auf die Palma manus oder planta pedio applicirt wird. Strauscheid.

---

58) **H. Dehio** (Rothenberg): Ueber einige neuere Schlafmittel.
(Vortrag in der Ges. pract. Aerzte zu Riga am 4./26. April 1890.)

Die seit 1886 in der Klinik von Prof. Kraepelin-Dorpat gewonnenen Erfahrungen werden hier mitgetheilt. Chloral ist seit 1886 ganz verlassen. Hypnon, Methylal haben sich wenig bewährt, Chloralamid hat sich noch nicht ganz eingebürgert. Souveränes Schlafmittel in K's Klinik ist das Paraldehyd, dessen hypnot. Wirkung dem normalen Schlaf am nächsten kommt. An den schlechten Geschmack gewöhnen sich die Pat. schnell, auch grosse Gaben sind unschädlich für Herz und Respiration. Die bei längerem P.-Gebrauche bisweilen eintretenden Digestionsstörungen werden seltener, wenn man das Mittel nie bei leerem Magen giebt. D. gab häufig eine zweite kleine Gabe in der Nacht beim Erwachen, liess aber vorher ein Butterbrod essen. So wurden im Ganzen 6—8—9 g pro nocte verbraucht. Daneben wird Amylenhydrat gebraucht, das die Pat. viel weniger gern nehmen, das aber als Clysma gegeben werden hann. Bei bereits weichender Schlaflosigkeit findet das mild wirkende Urethan (3,0—6,0) Anwendung. Sulfonal hat sich schnell eingebürgert, seine Licht- und Schattenseiten sind auch in Dorpat constatirt worden, auch ist D. die dauernde Schädigung der Psyche (Demenz) bei protrahirter Anwendung nicht entgangen. Anwendung daher nur intercurrent, zum Wechsel mit anderen Mitteln, protrahirt nur bei den Aufregungszuständen secundär Schwachsinniger. Hyoscin wurde angewendet wo hochgradige motorische Unruhe die Schlaflosigkeit complicirte (Manie, Paralyse), auch als pädagogisches Mittel, *nie* bei nervöser Schlaflosigkeit. Subcutane Anfangsdosis 0,5 mgr – 0,6 mgr, 1,0 mgr war die Maximaldosis. Ausserhalb der Anstalt sollte es nur beim Transport Tobsüchtiger angewendet werden. Morphium wurde nur bei secundärer Agrypnie, in Folge körperlicher Leiden, bisweilen gebraucht, bei bestehender Hysterie war seine Anwendung proscribirt. Eingehendere Ausführungen über die Indicationen der einzelnen Mittel wird die beabsichtigte Veröffentlichung des Vortrags bringen. Mercklin (Rothenberg).

---

59) **H. Loewenmeyer** (Berlin): Ueber Codëin. Verein für innere Medicin in Berlin. Sitzung vom 17. März 1890. (D. Medicinal-Zeitung 1890 Nro. 25.)

H. Loewenmeyer hat auf Veranlassung von Prof. Jacobson im jüdischen Krankenhause Versuche mit dem Codëin angestellt und es in allen Fällen gegeben, wo er sonst das Morphium zu reichen gewohnt war. Im Verlauf eines Jahres hat er ungefähr 5000 Dosen an ca. 400 Patienten verabfolgt, von denen es viele wochen- und monatelang gebrauchten. Die Ergebnisse lassen sich in den Satz zusammenfassen: *Das Codëin ist ein dem Morphin analog wirkendes Mittel ohne schädliche Nebenwirkungen.*

Der Erfolg war bei verschiedenen schmerzhaften *Störungen der Bauch- und Beckenorgane*, bei Gastralgien, Koliken, visceralen Neuralgieen etc. meist ein befriedigender; die Patienten hatten einige Stunden Ruhe von ihren Schmerzen und Schlaf. Wenn die Schmerzen exacerbirten, hat dieselbe Codëindose aufs neue gewirkt. Wichtiger als bei functionellen Störungen ist die Wirksamkeit des Codëins bei denjenigen Schmerzzuständen, welche durch anatomische Veränderungen bewirkt sind. Bei Magengeschwür, bei Magenkrebs, bei Krebs des Darms und des Bauchfells wurde oft die gewünschte Wirkung erzielt, jedoch ist die Zahl der Fälle, in denen es versagte, nicht

gering. Ziffernmässig lässt sich das Verhältniss in der Weise ausdrücken, dass in 100 Fällen in denen das Morphium 90—95 mal wirkt, das Codëin nur 50—60 mal eine schmerzstillende Wirkung äussert. Die Frage nach der besonderen Art dieser Fälle, in denen das Codëin versagte, ist nicht leicht zu beantworten. Man kann sagen, dass diejenigen Schmerzen, welche mit höchster Intensität einsetzen, paroxysmatisch den Kranken befallen, durch Codëin wenig beeinflusst werden können. So hat das Mittel bei Gallenstein und Nierensteinkoliken im Stich gelassen. Demgegenüber verdienen diejenigen Momente besonders betont zu werden, welche zu seinen Gunsten sprechen: das Fehlen jeder schädlichen Einwirkung auf Organe des Körpers und das Ausbleiben irgend welcher Erscheinungen, welche als Codëinismus zu bezeichnen wären. Das Codëin darf daher besonders in solchen Fällen zu einem Versuche empfohlen werden, wo ein protrahirter Krankheitsverlauf vorauszusetzen ist. Es wäre aber andererseits ein Fehler, es bei jeder schmerzhaften Unterleibsaffection geben zu wollen. Die schmerzhaften entzündlichen Prozesse des Peritoneums, bei denen die Peristaltik ausgeschaltet werden muss, sind kein geeignetes Objekt, sondern bleiben die Domäne des Opiums. Sind nach Ablauf der akuten entzündlichen Erscheinungen noch Schmerzen zu bekämpfen, so tritt das Codëin in sein Recht und wird dann meist mit Erfolg angewendet, z. B. in späteren Stadien der Perityphlitis. Auch bei Schmerzen, welche im *Urogenitalapparat* ihre Quelle haben, hat sich das Codëin ebenso wie bei *ovarialen Erkrankungen* wiederholt bewährt.

Ungleich günstiger als bei den genannten Affectionen tritt die Wirkung des Codëins bei Krankheiten der *Brust- und Respirationsorgane* hervor. Alle die bekannten Erscheinungen der Phthise, Druckgefühl in der Brust, Seitenstechen, quälender schmerzhafter Husten können auf die Dauer durch Codein bekämpft werden; das Morphium liess sich vollkommen entbehren. Bei Bronchokatarrhen, Pleuritiden und Pneumonien wird das Codëin fortgesetzt ohne Schaden und mit gutem Erfolg angewendet. Endlich hat das Mittel auch bei *pulmonalem Asthma* gute Dienste geleistet. Patienten mit schwerem Asthma, welche sich schon daran gewöhnt hatten, ihren Zustand als etwas Unabänderliches zu ertragen, nahmen jedesmal, wenn sie das Herannahen eines Anfalles verspürten, das Codëin und versicherten, dass dadurch der Anfall verkürzt und die Schmerzen erheblich vermindert wurden. — Bei *Herzkrankheiten* konnte niemals ein toxischer Einfluss auf das kranke Herz beobachtet werden. Bei Kompensationsstörungen mit schwerer Arythmie sowie bei Hydropsien hat L. das Codëin oft mit unverkennbar günstiger Wirkung angewendet und namentlich eine Verminderung der stenokardischen Beschwerden der Kranken erzielt. — Bei den Krankheiten des *Nervensystems* sind die Beobachtungen bezüglich des Codëins sehr wenig befriedigend und ermuthigend. Es scheint, dass das Codëin bei Schmerzen, welche durch Reizzustände des Hirns und Rückenmarkes wie der peripherischen Nerven bedingt sind, keine praktisch verwerthbare Wirkung besitzt. Noch eine gute Eigenschaft des Codëins ist zu erwähnen, *die hypnotische Wirkung*. Bei Erregungszuständen mässigen Grades, bei Schlaflosigkeit in der Reconvalescenz nach schweren Erkrankungen hat das Mittel oft eine erfolgreiche Wirksamkeit gezeigt. Endlich ist noch hervorzuheben, dass das Codëin für die Prophylaxe des Morphinismus eine nicht zu unterschätzende Bedeutung besitzt.

Die Einzeldosis schwankte zwischen 3—5 cgrm In Fällen, in denen diese Dosis nicht wirkte, liessen auch grössere Gaben im Stich. Pro die wurde diese Dosis 3—5 mal täglich gegeben, und zwar wochen- und monatelang ohne erkennbare nachtheilige Einwirkung. Am häufigsten wurde es in Pulverform oder in der billigeren Form der Mixtur gegeben und zwar 0,3:30 mit einem Zusatz von 20 grm. Syrup, öfters auch in Form von Suppositorien. In praktischer Beziehung wichtig ist der freilich noch ziemlich hohe Preis. Eine Codëindosis ist ungefähr 7 mal so theuer als eine gleich wirksame Morphiumdosis.

---

60) **J. D. Crothers** (Hartford. Connecticut): Trance-Zustände bei Alcoholisten in criminellen Fällen. (Nach zwei Aufsätzen von C. in: New-York med. Record. Juli 1889, und: Alienist and Neurologist. October 1889.)

Die häufige Angabe von Arrestanten vor Gericht, dass sie sich des Verbrechens, dessen sie angeklagt sind, nicht erinnerten, ist nicht ohne weiteres abzuweisen. Die auffallendsten Lücken in der Erinnerung treten bei Epilepsie und Trunkfälligkeit auf, und diese letzteren bezeichnet der Verfasser als „alcoholischer trance". Es scheint, dass die beständige Einwirkung von Alcohol nicht blos die Ernährung und Functionsfähigkeit des Gehirns im allgemeinen herabsetzt, sondern auch eine locale Paralyse hervorbringt, die dieses zeitweilige Aussetzen des Bewusstseins und der Erinnerung mit sich führt. Wenn ein Verbrecher behauptet, sich seines Vergehens absolut nicht zu erinnern, so muss, wenn seine Behauptung wahr ist, nothwendig einer von zwei Zuständen, — Epilepsie oder Alcoholismus vorhanden gewesen sein. Vielleicht können solche „trance"-Zustände auch unter anderen Verhältnissen auftreten, aber bei unseren heutigen Kenntnissen dürfte es schwierig sein, das zu constatiren. Die Ueberzeugung, dass wirklich ein somnambuler Zustand vorhanden gewesen, muss aus einem sehr eingehenden Studium des Falles gewonnen werden bei dem die Berichte über Persönlichkeit und Führung des betreffenden Individuums einer Prüfung unterzogen werden müssen.

Der Verfasser weist die verschiednen Zustände psychischer Degeneration bei Alcoholikern nach, bei denen es sich um Bewusstseins- oder Gedächtnissverlust criminellen Handlungen gegenüber handelt. Die meisten dieser Individuen gehören zu der Kategorie alcoholischer Demenz bei chronischen Trinkern, die angeborene körperliche oder geistige Defecte haben, und die schon Jahre hindurch trinken. Solche Individuen führen ihre Handlungen immer mehr oder weniger unbewusst aus, sie lassen sich ausschliesslich von den niedrigsten, flüchtigsten Impulsen leiten. Verbrechen aller Art werden ohne Ueberlegung oder Plan, einfach wie die Umstände sie eingeben, begangen. Diese Individuen sind nicht im Stande, die Resultate ihrer Handlungen vernünftig zu beurtheilen, und zeigen nach vollbrachter That grosse Gleichgiltigkeit. Das Verbrechen stimmt immer mit ihrem sonstigen Wesen überein, und ist weder absonderlich noch ungewöhnlich. Die Angabe des Gedächtnissmangels wird von dem physischen Zustand des Individuums unterstützt; Maniakalisches Delirium ist selten zu constatiren, dagegen in der Regel Wahnvorstellungen und Impulse melancholischen Characters.

Die zweite Gruppe von Verbrechern, welche behaupten keine Erinnerung

zu haben, sind solche, deren Vergehen ungewöhnlich und auffallend ist; z. B.: Sie begehen plötzlich einen Mord oder einen Diebstahl, oder irgend ein andres Verbrechen, das zu ihrem ganzen früheren Verhalten in Widerspruch steht.

Eine dritte Gruppe besteht aus Trinkern, die excessiv trinken, aber noch nicht bis zum Verblöden, und die plötzlich meist mit „idiotischer“ Kaltblütigkeit und Gleichgültigkeit ein Verbrechen begehen, und niemals eine Spur von dem Bewusstsein zeigen, eine Sünde, oder eine strafwürdige Handlung begangen haben. Sie suchen ihr Verbrechen nicht zu verbergen, und ihr Verhalten nach der That zeigt nicht, dass sie wissen, was sie begangen haben. Diese Individuen müssen als moralisch paralytische bezeichnet werden, und ihre Aussage der Bewusstlosigkeit ist höchstwahrscheinlich richtig.

Eine vierte Gruppe besteht aus Dipsomanen und periodischen Trinkern, welche deutlich freie Zwischenpausen aufweisen. Solche Individuen beginnen auf ein Mal enorm zu trinken, darauf sind sie ein oder zwei Tage mässiger, und fangen dann wieder eben so gewaltsam zu trinken an. In dem kurzen Zwischenraume, des Maasshaltens können sie Verbrechen begehen, an die sie sich durchaus nicht zu erinnern behaupten. Andere Fälle werden beschrieben, in denen dem Trunkanfall ein Zustand seelischer Irritation und Depression vorangeht, und wo das Verbrechen während des prämonitorischen Zustandes begangen wird. Das Vorhandensein eines trance-Zustandes ist wahrscheinlich, man kann das betreffende Stadium mit der epileptischen Aura vergleichen. In dieser Zwischenperiode kann das Gemüth des Patienten mit dem intensivsten Misstrauen, mit Angst und Wahnvorstellungen erfüllt sein, und er fühlt sich im höchsten Grade irritirt und verwirrt. Starke Aufregungen oder Depressionen ohne allen Grund beherrschen ihn, und in diesem Zustande kann ein Verbrechen begangen werden; dann kommt wieder die Trinkperiode und wenn sie vorüber, ist das ganze eine Lücke im Gedächtniss.

Der Verfasser resumirt nun die wichtigsten Thatsachen folgendermaassen.

„Trance“ im Alcoholismus ist ein bestimmter krankhafter Hirnzustand der ohne allen Zweifel existirt. In diesem Zustand sind Bewusstsein und Erinnerung an Worte und Handlungen aufgehoben, das Individuum geht einher wie ein Automat, ohne dass sich der abnorme Zustand in deutlichen Merkmalen äusserte. Die höheren Hirncentren, welche das Bewusstsein steuern, sind, wie beim hypnotischen, somnambulen Zustande, suspendirt; dieser Zustand kann wenige Augenblicke oder mehrere Tage dauern.

Während der somnambulen Periode können Verbrechen gegen Eigenthum nnd Personen begangen werden, ohne irgend ein wirkliches Motiv, ohne Plan, gewöhnlich unvoraussehbar und unerwartet. Bei näherer Untersuchung findet man Mängel in der Ausführung des Verbrechens, und vollständig fehlendes Verständniss für die Natur einer derartigen That und ihre Folgen.

Wenn der Zustand vorüber ist, zeigt das Benehmen der Person, dass sie sich dessen, was sie gethan hat, nicht mehr entsinnt. Daher ihr Leugnen; und ihr verändertes Wesen bestärkt oder schwächt ihre Behauptung.

Wenn solche Fälle vor Gericht kommen, so wird eine wissenschaftliche Untersuchung verlangt, ehe die Behauptung von nichts zu wissen als be-

gründet betrachtet werden kann. In solchem Zustand ist das Verbrechen das Resultat unbekannter und unvoraussehbarer Einwirkungen, und die Person, welche sich in diesem Zustande befindet, muss als gemeingefährlich und geisteskrank betrachtet werden.

Der Zustand muss von dem Richter richtig aufgefasst und verstanden werden, und die Abmessung der Strafe muss sich ganz nach der Natur jedes einzelnen Falles richten. Die Delinquenten sollen nicht wie Verbrecher gestraft, aber auch nicht als vernünftige Menschen betrachtet werden; sie gehören in Irren-Anstalten und Hospitäler. Kurella.

---

61) **F. Rivano**: Della peptonuria nella frenosi epilettica, ricerche sperimentali. (Peptonurie bei epileptischen Psychosen.)
(Annali di Freniatria e scienze affini, I, 1889. pag. 290 ff.)

Verf. glaubt die Verschiedenheit der Resultate, welche sich den verschiedenen Forschern über das Vorkommen von Peptonen im Harn ergeben haben, auf das oft verhältnissmässig zu geringe Quantum des zur Untersuchung benutzten Urins und auf andere in den Methoden begründete Fehlerquellen zurückführen zu können. Zum Nachweise der der Peptonurie unterwarf er fast stets ein Liter Urin der Untersuchung und bediente sich der Hofmeister'schen Probe; etwa vorhandenes durch die Heller'sche Probe entdecktes Eiweiss wurde vorher ausgefällt, ehe die Peptonreaction angestellt wurde.

Verf. hat von 31 Epileptikern mit und von einem ohne Geistesstörung, im Ganzen 75 mal den Urin auf das Vorkommen von Pepton untersucht, und kommt zu dem Ergebniss, dass Peptonurie bei Epileptikern an sich häufig ist und dass sie fast constant einem epileptischen Anfall sich anschliesst.
Sommer (Allenberg).

---

62) **Pick**: Ueber Geisteskrankheit nach Influenza. (Neurolog. Centralbl. 1890. Nro. 13.)

63) **Erlenmeyer**: Jackson'sche Epilepsie nach Influenza. (Berl. klin. Wochenschrift 1890. Nro. 13.)

64) **Bartels**: Einfluss von Influenza auf Geisteskrankheit. (Neurol. Centralb. 1890. Nro. 6.)

65) **Becker**: Fall von Geisteskrankheit nach Influenza. (ebenda.)

66) **Metz**: Heilung einer Paranoia nach Influenza. (Neurolog. Centralbl. 1890. Nro. 7.)

67) **Krause**: Zwei Fälle von Nachkrankheiten nach überstandener Influenza. (ebenda.)

Im ersten Fall handelt es sich um ein 20 jähriges Mädchen, Tochter einer Epileptica, welche sonst normal schien und, als sie Influenza mit starker Temperaturerhöhung hatte, von einer acuten Verwirrtheit, wie sie sich so häufig an acute Infectionskrankheiten anschliesst, befallen wurde. Die Psychose dauerte eine Woche lang und die Verwirrtheit klang allmählig zur Norm herab.

Im zweiten Fall schildert Erlenmeyer die Entstehung einer typischen Rindenepilepsie nach Influenza bei einem 25 jährigen Arzte. Derselbe bekam epileptische Anfälle in Form eines Monospasmus des linken Armes. Beim ersten Anfall hatte der Patient das Bewusstsein verloren, im zweiten

dagegen blieb das Bewusstsein erhalten, so dass P. das typische Bild einer Jackson'schen Rindenepilepsie darbot.

Bartels berichtet aus der Irrenanstalt Hildesheim von einem alten Paranoiker, der sich von seinen Wahnideen kaum noch beeinflussen liess, dass derselbe nach einem Influenza - Anfall, unter den Erscheinungen der höchsten Angst und Verwirrung. welche durch Hallucinationen hervorgerufen zu sein schienen, erkrankte und unter rapidem Kräfteverfall zu Grunde ging. Die Autopsie ergab chronische Pachymeningitis und Leptomeningitis.

Der Becker'sche Fall ist dem Pick'schen analog. Auch hier handelt es sich um ein sonst normales, aber neuropathisch belastetes Mädchen, das im Anschluss an Influenza in acute Verwirrtheit, die allmählig abklang, verfallen ist.

Der fünfte Fall betrifft einen Mann mit Verfolgungswahn, welcher nach Influenza zu voller Krankheitseinsicht kam und als geheilt entlassen wurde.

Der erste der Krause'schen Fälle handelt von einem Mann, der einen Tag lang bei Influenza Verfolgungs- und Suicidiumsideen äusserte (kein Potator); der zweite Fall betraf vorübergehende Anschwellung und livide Verfärbung der linken, unteren Extremität, als deren Grund Verf. einseitige Stauung durch Lähmung der gefässverengernden Nerven der zuführenden Arterien annimmt.

Referent bemerkt schliesslich, dass ihm der Fall eines Dr. H., eines jungen Arztes bekannt ist, welcher nach Influenza an einer eitrigen Otitis acuta erkrankte und später unter den Erscheinungen eines Hirnabscesses, mit Rindenepilepsie einhergehend, zu Grunde ging.

Einige weitere Mittheilungen über acut einsetzende Psychosen nach Influenza werden von der Anstalt Allenberg aus in einem der nächsten Hefte dieser Zeitschrift veröffentlicht. v. Decker (Allenberg).

---

68) **H. Fehr**: Influenza som Aarsag til Sindssygdom. (Influenza als Ursache von Psychosen.) (Hosp. Tidende. 3. Räkke VIII. Nro. 14. 1890.)

Aus der Irrenanstalt bei Middelfort (Fühnen, Dänemark) werden 2 Fälle kurz referirt, in welchen eine Psychose im unmittelbaren Anschluss an die Influenza aufgetreten ist; die Influenza-Symptomen hatten aufgehört, und dann, ein paar Tage danach, brach die Psychose aus. Zwei Mal hatte sie die Form der acuten hallucin. Verwirrung, ein Mal war sie ein Depressions-Zustand, und ein Mal, bei einem Epileptiker, eine Demenz mit Hallucinationen, die nach einem Monate tödtlich endete. In allen Fällen war sehr starke Disposition vorhanden. — Resultat: 1) Diese Psychosen sind mit den Reconvalescenz-Psychosen nacha nderen febrilen Krankheiten zusammen zu stellen; 2) die Influenza kann nur bei disponirten Individuen eine Geisteskrankheit, und nur die in der Disposition latente Psychose hervorrufen. Helweg (Aachen).

---

69) **Zählung Geisteskranker in den Irren- und Krankenhäusern Italiens.** (Archivio italiano per le malattie nervose XXVI. p. 323—336.)

Senator A. Verga, der Nestor der italienischen Psychiatrie, giebt aus officiellen Quellen die Resultate des Census der am 31. December 1888 in Krankenhäusern befindlichen Geisteskranken Italiens.

An diesem Tage wurden 22424 Irre in Anstalten gezählt, bei einer Bevölkerung von 30 Millionen und 266,056. Den $15^1/_4$ Millionen der männ-

lichen Bevölkerung entsprachen 11895 männliche, den $15^1/_{30}$ Millionen der weiblichen Bevölkerung 10529 weibliche Irre. Ein Irrer in Anstaltspflege kam auf 1350 Einwohner (für Preussen war die entsprechende Zahl 1881: 1 Irrer auf 1406 Einwohner), oder, anders ausgedrückt, auf je 100,000 Frauen kamen 70 Irre in Anstaltspflege, auf 100,000 Männer 78,1, auf 100,000 Einwohner überhaupt 74,1.

In dieser Zählung sind jedoch noch nicht die irren Verbrecher (unter diesen nur 4 Frauen) einbegriffen, welche theils in den Strafanstalten, theils in den Specialasylen zu Florenz („Ambrogiana" mit 121 Irren) und Aversa (für 157 Irre) untergebracht sind.

Auf die einzelnen Provinzen vertheilen sich die Zahlen derart, dass die dichtbevölkerten Provinzen des Nordens absolut und relativ den culturell bedeutend weniger entwickelten südlichen Regionen überlegen sind, wie folgende Tabelle ergiebt.

In	waren in Anstalten		kam ein Irrer in Anstaltspflege auf	
Piemont	2387	Irre	1356	Einwohner
Ligurien	1227	„	758	„
Lombardei	3987	„	983	„
Venezien	2943	„	1025	„
Emilia	3029	„	760	„
Toscana	2563	„	913	„
den Marken	1119	„	893	„
Umbrien	479	„	1278	„
Latinen	1074	„	894	„
Neapel	2468	„	3257	„
Sicilien	1008	„	3167	„
Sardinien	143	„	5062	„

Kurella.

70) Irren-Statistik im Staate New-York.

Folgende Zahlen sind dem „First Annual Report of the State Commission in Lunacy", for the year 1889 (Albany 1890) entnommen, auf dessen weiteren Inhalt wir später noch zurückkommen werden.

Am 1. Oktober 1889 waren Geisteskranke vorhanden:

1) In den 7 Asylen des Staates New-York	5442
2) In den 3 Bezirks- („counties") Asylen	6970
(Davon 4856 des Bezirks der *Stadt* New-York)	
3) In den Bezirksarmenhäusern	2233
4) In der Staatsanstalt für irre Verbrecher	219
5) In andern nicht privaten Anstalten	569
6) In Privat-Anstalten	315
Zusammen	15448

In den 7 Staats-Anstalten wurden 1889 aufgenommen 1813 Patienten, darunter 537 eingewanderte.

Dieser eine von den vielen Staaten Nord-Amerikas hat also im Verhältniss $^3/_5$ von der Gesammtzahl aller Anstaltsinsassen Preussens in Anstalten untergebracht. Kurella.

71) **Sioli** (Frankfurt a. M.): Bericht über die Anstalt für Irre und Epileptische zu Frankfurt a. M. vom 1. Januar 1888 bis 31. März 1889.

Bestand am 1. Januar 1888: 210 (89 M. u. 121 W.). Zugang bis 31. März 1888: 27, Abgang: 21. Bestand am 1. April: 187 (77, M., 110 W.). Aufnahme bis 31. März 1889: 161, Abgang: 156; Bestand am 1. April 1889: 194 (96 M., 98 W.). 42% der aufgenommenen Männer, 30% der Gesammtaufnahme waren Paralytiker. 2 der Aufgenommenen waren nicht geisteskrank, darunter eine Simulantin; 21% der Entlassenen waren geheilt. 10% Todesfälle, oder nach Abrechnung der Paralytiker 4% der Gesammtzahl. Die Zahl der Tuberkulösen (10 auf 25 Todesfälle) ist eine hohe und nöthigt weitere Bemühungen zu ihrer Herabminderung auf.

Verf. constatirt für Frankfurt eine Zunahme der Geisteskrankheiten wesentlich bedingt durch die Zunahme der Paralyse.

Er macht eine Reihe sehr zweckmässiger Vorschläge zur Umgestaltung der Anstalt; er hofft durch Einrichtung grösserer Säle an Stelle der früheren Einzelzimmer eine grössere Anzahl von Kranken aufnehmen zu können und dabei doch eine bessere Controlle üben zu können. Für die chronischen Fälle von Geisteskrankheit schlägt er Errichtung einer städtischen Irrencolonie vor, so dass die Anstalt wesentlich nur für acute und solche chronische Fälle dienen soll, die einer aufmerksamen Pflege bedürfen, sowie für Pensionäre. Strauscheid.

72) **Ch. Féré** et **Perruchet** (Paris): Anomalie des organes génitaux et du sens génital chez un épileptique.

(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. 3. 1889.)

Bei einem 32 jährigen Epileptiker fanden die Verf. eine Axendrehung des Penis verbunden mit abnormer Richtung desselben. Die pars pendula ist so gedreht, dass die Harnröhrenmündung von rechts nach links gerichtet ist und das frenulum praeputii sich auf der linken Seite befindet; die Drehung ist also derart, dass die untere Fläche nach links sieht; bei der Erection bleibt die Drehung bestehen. Ausserdem ist der Endtheil nach rechts abgebogen, so dass der penis im Ganzen eine bajonettförmige Gestalt hat. Störungen beim Uriniren oder bei der Ejaculation sind dadurch nicht bedingt. Zugleich scheint der Geschlechtstrieb bei dem Pat. fast ganz zu fehlen; er hat nie onanirt, die Frauen stossen ihn ab; doch hat er Nachts Pollutionen. Strauscheid.

IV. Tagesgeschichte.

— Dr. H. van Capelle, Inspecteur der niederländischen „Staatstoezicht op Krankzinnigen", ist am 8. Februar in Haarlem gestorben. — N. B. Donkersloot, langjähriger Director der Anstalt zu Dordrecht und Mitbegründer der „Psychiatrische Bladen", ist am 24. Februar in Amsterdam gestorben. — Einer der berühmtesten Aerzte Schwedens, der langjährige Chef der schwedischen Medicinalverwaltung, Professor Dr. Magnus von Huss, ist am Dienstag im 83. Lebensjahre in Stockholm gestorben. 1837 wurde er zum Oberarzt des Seraphinenlazareths ernannt und gleichzeitig wurde von ihm die erste medizinische Klinik in Schweden angelegt. Von da an datirt eine neue Aera des Studiums der Medicin in Schweden, indem Huss dieselben aus den Banden der Spekulation befreite und die Medizin zu einer wahren Naturwissenschaft machte, eifrig

unterstützt von Männern wie Berzelius, Mosander, Anders Retzius und F. T. Berg am Karolinischen Institut in Stockholm, an welches Huss im Jahre 1846 als ordentlicher Professor berufen wurde. Später übernahm er die Leitung des Stockholmer Kinderkrankenhauses, wurde Vorsitzender des Gesundheitskollegiums und schliesslich Generaldirektor der schwedischen Hospitäler, welche Stellung er bis zum Jahre 1876 innehatte. Unter seinen hervorragenden Arbeiten, wovon mehrere in die deutsche, französische und englische Sprache übersetzt worden sind, ist an dieser Stelle besonders zu erwähnen: „Alcoholismus chronicus" (deutsch Leipzig 1852); wofür er von dem Institut de France den Monthyon-Preis erhielt. — Der Cavaliere G. Todi, Director der Provincial-Irren-Anstalt zu Novara (Piemont) die er 15 Jahre lang leitete, ist am 18. Januar in Biella gestorben. — Giov. La Loggia Professor der allgemeinen Pathologie in Palermo und Director der dortigen Irrenanstalt, ist, 82 Jahr alt, in Palermo gestorben. Besonders bekannt ist er durch seine 1875 herausgegebene Allgemeine Nerven-Pathologie (Trattato fisio-pathologico sulle nevrosi in generale).

— Dr. von Speyer ist zum Nachfolger Prof. Schaerer's in Bern-Waldau ernannt. — Prof. Mierzejewskij in St. Petersburg, einer der unerschrockensten Kritiker des russischen Irrenwesens, ist vom Zaren für seine Verdienste um die Psychiatrie besonders ausgezeichnet und mit einer leitenden Stellung im Irrenwesen Russlands betraut worden.

— Die Berliner Klinik für Psychiatrie und Nervenkrankheit bleibt auf Vorschlag der Facultät auch in diesem Semester noch unter der provisorischen Leitung der Herren Privatdocenten Dr. Siemerling und Dr. Oppenheim.

— *Ein neues Irrengesetz* ist von diesem 1. Mai ab in England in Kraft getreten; nach demselben darf kein Privat-Patient in eine Anstalt aufgenommen werden, ohne dass zu den auch früher üblichen 2 ärztlichen Attesten noch die Erlaubniss eines „county court judge, a magistrate or a justice appointed specially" beigebracht ist. In dringenden Fällen kann die Aufnahme ohne diese, kurzweg „Magistrate's order" genannte Erlaubniss erfolgen, diese muss aber dann sofort nachträglich eingeholt werden. Von demselben Tage an werden in England keine neuen Concessionen für Privatanstalten mehr ertheilt. Auf die Details dieser Verfügungen kann hier nicht eingegangen werden. Uebrigens besteht die „Magistrate's order" schon längst in Schottland, und alle die Unzuträglichkeiten und Schwierigkeiten, die man in England als die Folge dieses Parlaments-Beschlusses befürchtet, werden ebensowenig in Erfüllung gehen wie die, welche man in Preussen nach dem Ministerial-Rescript vom 19. Januar 1888 prophezeit hat. Dass das preussische Ministerium dem Drängen der Aerztekammern nachgegeben und die qu. Verfügung, die in der Praxis sich besser bewährt hat, als irgend eine frühere, abgeändert hat, ist eine unbegreifliche Schwäche. Auf diese Weise werden wir niemals aus der „Buntscheckigkeit" unseres administrativen Irrenanstaltsverhältnisses herauskommen und das wäre doch so sehr nöthig.

— *Krakau.* Der ungarische Reichstag hat eine, am 21. Januar d. J. eingebrachte Vorlage angenommen, die sich auf die Bildung eines *forensich-medicinischen Senats* bezieht.

Dieser Senat soll beschliessen über 1.) Allgemeine juristische Fragen, 2.) über Revision gerichtlich-medicinischer Gutachten, 3.) über Kunstfehler der Aerzte, 4.) über die Anstellung von Gerichts- und Gefängnissärzten, 5.) hat er die Initiative in allen Fragen der forensischen Medicin, und 6.) untersucht er forensische Fälle von allgemeiner Bedeutung; 7.) giebt er Superarbitria ab über den Gesundheitszustand von Beamten und Gerichtspersonen.

Der Präsident und der Vicepräsident dieses Senats werden auf 6 Jahre ernannt, und können dann wieder angestellt werden. Die Referenten werden auf 3 Jahre ernannt, 1/3 tritt jährlich aus, doch ist Wiederwahl gestattet.

— *Paris.* Das Kriegsministerium hat den Militärärzten das Ausüben hypnotischer Heilversuche verboten.

— Unter Redaction v. H. Prof. H. Ebbinghaus und A. König in Berlin erscheint demnächst bei Leopold Voss in Hamburg eine neue „Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane", die neben Original-Mittheilungen auch übersichtliche Berichte über alle Arbeiten auf diesen Gebieten bringen wird.

— Der II. Arzt in Bunzlau, Dr. Simon geht als dirig. Arzt der Pflegeabtheilung an das Landarmenhaus in Tost; Dr. Dornblüth geht als II. Arzt von Kreuzburg (Oberschlesien) nach Bunzlau, Dr. Kurella als II. Arzt von Allenberg nach Kreuzburg.

— Ueber *Selbstmorde von Schülern höherer Lehranstalten* hat sich der preussische *Kultusminister* kürzlich in einem mehrfach beachtenswerthen Erlasse geäussert, den wir in Folgendem unverkürzt wiedergeben:

„Die immer wiederkehrenden Selbstmorde von Schülern höherer Lehranstalten sind eine so beklagenswerthe Erscheinung, dass es Pflicht der Schulverwaltung ist, nicht nur wie bisher den einzelnen Fällen nachzugehen, sondern die traurigen Thatsachen nach den zu Grund liegenden *Ursachen* im Zusammenhang zu prüfen und nach Mitteln zu suchen, um die erkannten, in ihrem Verlaufe nicht selten das Glück ganzer Familien zerstörenden krankhaften Dispositionen des heranwachsenden Schülergeschlechts thunlichst frühzeitig und vorbeugend zu bekämpfen. Ist auch die Zahl derartiger Selbstmorde in den letzten Jahren wesentlich sich gleichgeblieben — und es darf überdies ausgesprochen werden, dass in fast allen Fällen die Schule keine Schuld nachweisbar trifft — so kann ich doch in meiner verantwortungsvollen Stellung bei diesem äusseren Nachweiss mich nicht beruhigen, erachte es vielmehr als meine ernste Pflicht, den Provinzial-Schulkollegien sowie sämmtlichen Dirigenten und Lehrern höherer Schulen eine strenge Selbstprüfung nach der Richtung an's Herz zu legen, ob von ihnen die schwere erziehliche Aufgabe, welche die Schule im Verein mit der Familie an ihren Zöglingen zu lösen hat, insbesondere *schwächeren* Schülern gegenüber, immer mit fachmännischer Umsicht und *liebevoller* Hingebung erfüllt wird. Gewiss empfängt die Schule nicht wenige Kinder aus dem Elternhause, welche zwar begabt, aber zart und mehr oder weniger krankhaft sind; auch scheinen vielfach die überreizten Verhältnisse in Familie und Gesellschaft nicht danach angethan, die Aufgabe der Schule in der angedeutenden Weise zu erleichtern; gleichwohl wird die Schule sich gegenwärtig halten müssen, dass es Pflicht des Erziehers ist, diese bedenklichen Einwirkungen thunlichst einzuschränken und Leib und Seele der Zöglinge dagegen zu stählen und widerstandsfähiger zu machen. Behufs Lösung dieser schwierigen Aufgabe kommt es vor Allem darauf an, *dass jeder Knabe von seinem ersten Eintritt in die Schule an nach seiner Veranlagung, seinen körperlichen und sittlichen Dispositionen beobachtet, erkannt und demgemäss möglichst individuell behandelt wird.* Dabei wird sich bald ergeben, dass auch in grösseren Klassen immer nur eine verhältnissmässig kleine Zahl von Schülern eine besondere Rücksichtnahme nach einer oder der anderen Seite erheischt. Wird gerade diesen vor Anderen in den monatlichen Konferenzen der Lehrer stete Aufmerksamkeit gewidmet und dadurch eine fortgesetzt einheitliche erziehliche Behandlung derselben durch alle Lehrer vor Allem den Ordinarius und den Religionslehrer, gesichert, so darf erwartet werden, dass auch bei dem erfährungsmässig in dieser Frage nicht selten verhängnissvollen Vorgang der Versetzung der Schüler das Schlussurtheil der Lehrer nicht etwa nur nach einzelnen *Probeleistungen,* sondern in gewissenhaftester Würdigung aller in Betracht kommenden Momente pflichtmässig und *wohlwollend* gefällt wird, und dass nöthigenfalls der Dirigent der Schule eine etwa erforderlich scheinende Abhilfe eintreten lässt,

Einer Ueberraschung der Eltern oder der Schüler durch unerwartete Misserfolge ist seitens der Schule dadurch vorzubeugen, dass die Ersteren frühzeitig auf das voraussichtliche Ergebniss der Versetzung vorschriftsmässig und unter Angabe der Gründe hingewiesen werden. Liegen diese in mangelhafter Begabung, oder in beengenden äusseren Verhältnissen, deren Beseitigung nicht zu erhoffen ist, so ist den Eltern nachdrücklichst der Rath zu ertheilen, den Schüler für einen anderen Beruf zu bestimmen. Dasselbe wird bei hartnäckig fortgesetztem Unfleiss oder hartnäckigem Widerstreben gegen die Anordnungen der Schule geschehen müssen, so zwar, dass bei Nichtbefolgung des Rathes demnächst die Entfernung des betreffenden Schülers aus der Anstalt herbeizuführen ist. Dem oft geradezu *verderblichen Drängen mancher Eltern,* ihre zu Studien nicht geeigneten Söhne durch Privatunterricht und Nachhilfestunden vorwärts zu bringen ist dabei entschieden entgegenzutreten. Daneben her geht aber noch eine Reihe von Fällen, wo der Grund des Misserfolges in vorübergehenden *körperlichen oder geistigen Dispositionen* der Knaben und Jünglinge zumal in der Entwickelungszeit zu suchen ist. Hier ist besondere Vorsicht geboten und ein vertrauensvolles Zusammenwirken von Schule und Haus unter Hinzuziehung erfahrener Aerzte vor Allem nöthig. Lieblose Behandlung kann gerade in solchen Fällen namenloses Unglück herbeiführen. Obschon ich an dieser Stelle ein Eingehen auf Näheres mir versagen muss, so kann ich doch auch nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, dass in derartigen Zuständen vor Allem es gilt, in den Schülern das Vertrauen zu sich selbst zu heben, das Gefühl der sittlichen Verantwortung zu beleben, und zu stärken, die Wahl ihres *Umganges* und ihrer *Lektüre* zu überwachen, sowie durch angemessene *Leibesübungen* sie zu kräftigen, für ihre Erholung, namentlich in geschlossenen Anstalten, in zweckmässiger, frischer Weise zu sorgen, kurz, ihnen allen Nutzen zu gewähren, welche über den zeitweiligen Misserfolg ihnen weghelfen. Auch ist auf die Schülerverbindungen eine unausgesetzte Aufmerksamkeit zu verwenden. Wiederholt ist die Erfahrung gemacht, dass sie durch Einführung in Genüsse, welche dem jugendlichen Alter nicht entsprechen, die Gesundheit schädigen, durch die ehrenwörtliche Uebernahme von Pflichten den Sinn für Wahrhaftigkeit beeinträchtigen und leiblich wie geistig ihre Theilnehmer so ungünstig beeinflussen, dass Letztere in Konfliktsfällen unterliegen und sich den wirklichen oder eingebildeten Schwierigkeiten durch eine beklagenswerthe Handlung entziehen. Indem ich die Provinzial-Schulkollegien veranlasse, diese Verfügung allen ihnen unterstellten Lehrerkollegien zur weiteren Erwägung und Nachachtung mitzutheilen, vertraue ich gern, dass im Hinblick auf das erstrebte hohe Ziel alle Betheiligten die vorstehend angedeutenden Gesichtspunkte sich stets gegenwärtig halten, und in ihrer Thätigkeit durch dieselben sich leiten lassen. Bei der Berichterstattung über jeden einzelnen Fall eines Selbstmordes eines Schülers erwarte ich in Zukunft eine Aeusserung darüber inwieweit an der betreffenden Anstalt meinen Weisungen entsprochen worden ist."

— *Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Bonn 15—20. September 1890:* Die neurologische und psychiatrische Section ladet zu zahlreichem Besuch ein. Anmeldungen von Vorträgen erbitten sich die Unterzeichneten möglichst frühzeitig.

Director Dr. Scholz. Dr. Stommandt.

Die Redaction bittet die Mitarbeiter um regelmässige Zusendung tagesgeschichtlicher Neuigkeiten. Ferner wird um Uebersendung von Dissertationen und von Separatabdrücken aller neurologischen Journalartikel an die Redaction oder den Verleger gebeten.

Inhalt des Mai-Hefts.

Coblenz, Druck von Ph. Werle (Löhrstrasse 28).

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dem Begründer des Blattes,

Prof. Charcot in Paris, **van Deventer** in Amsterdam, **Dr. Ireland** in Preston-Pans, **Prof. Kowalewskij** in Charkow,

Prof. Lange in Kopenhagen, **Prof. Lombroso** in Turin, **Prof. Obersteiner** in Wien, **Prof. Seguin** in New-York.

Redigirt von

Dr. Hans Kurella in Kreuzburg.

Verlag von W. GROOS, Königl. Hofbuchhandlung (Kindt & Meinardus).

Coblenz u. Leipzig.

XIII. Jahrgang. **1890 Juni.** Neue Folge I. Band.

I. Originalien.

I.

Steigerung der allgemeinen Reflexerregbarkeit als aussergewöhnliche Chinin-Wirkung.

Von Dr. ALBRECHT ERLENMEYER.

Es darf als eine nach allen Richtungen hin festgestellte Thatsache angesehen werden, dass Chinin, in toxischer Gabe gereicht, eine Lähmung der Nervencentren und — worauf es mir hier besonders ankommt — eine Herabsetzung beziehungsweise Ausschaltung der Reflexerregbarkeit herbeiführt.

Für die Kaltblüter ist das durch eine grosse Zahl von Versuchen[1]) mit aller Sicherheit erwiesen; bei strychninisirten Fröschen werden die ge-

[1]) Eulenburg, Ueber d. Wirk. d. schwefels. Chinin auf d. Nervensystem. — Chaperon, Beitr. z. Kenntniss d. physiolog. Wirkung des Chinin. — Vergl. im Uebrigen die unübertroffenen Arbeiten von Binz über das Chinin.

steigerten Reflexe durch Chinin schnell und gänzlich aufgehoben. Beim Menschen hat die klinische Beobachtung schwerer Vergiftungen, die durch unvorsichtig oder irrthümlich zugeführte hohe Chiningaben herbeigeführt worden sind, dasselbe ergeben.

Man unterscheidet, um sich die in Rede stehende Chininwirkung klar zu machen, zweckmässig drei Grade der Vergiftung, entsprechend einer Dosirung von 1 bis 2 Gramm für den ersten, von 2 bis 4 Gramm für den zweiten und von mehr als 4 Gramm für den dritten Grad. Dieselben bieten, kurz aufgezählt, folgende Erscheinungen:

1. Grad. Derselbe wird auch als *Chininrausch* bezeichnet: Ohrensausen; Abnahme der Tastempfindung; Kopfdruck, der sich zum Schmerz steigern kann. Zum Ohrensausen können sich Gehörshallucinationen und Abnahme der Hörschärfe gesellen. Abnahme der Sehschärfe, Verschleierung des Gesichtsfeldes. Schläfrigkeit, Apathie.

2. Grad. Schwankender, taumelnder Gang; Herabsetzung der Reflexe. Delirien. Taubheit, zuweilen Amaurose, Sprachstörung.

3. Grad. Der Tod tritt unter Krämpfen oder durch Respirations- und Herzlähmung ein.

Die cerebralen Störungen werden durch eine directe Beeinflussung der Ganglien ausgelöst; die spinalen, besonders die Hypäesthesie, die Ataxie und die Herabsetzung der Reflexe auf eine Unterbrechung der spinalen Leitungsfähigkeit, also auf eine Lähmung bestimmter Rückenmarksapparate bezogen (Nothnagel und Rossbach). Die Respirationslähmung wird durch Lähmung des Respirationscentrums in der Medulla oblongata herbeigeführt. Speciell über die Herabsetzung der Reflexe sagt Binz[1]) folgendes: „Steigerung des Chininrausches führt zu gänzlicher Depression der animalen Nerven. Wie etwa durch Chloralhydrat vermindert sich durch grosse Gaben Chinin die Reflexthätigkeit und geht endlich in vollständige Lähmung über. Die Abnahme der Reflexthätigkeit ist bereits der Anfang der giftigen Wirkung. Sie beruht ganz einfach, wie beim Chloralhydrat, auf einer directen Lähmung der sensoriellen und motorischen Centren“.

Bei dieser Sachlage scheint mir die kurze Mittheilung einer Beobachtung nicht ganz ohne Interesse zu sein, die aussergewöhnlicherweise eine durch Chininintoxication ausgelöste Steigerung der allgemeinen Reflexerregbarkeit so hohen Grades feststellte, dass man Strychninkrämpfe vor sich zu haben hätte glauben können.

Herr H. 42 Jahre alt, Techniker, hat früher in einer Malariagegend gewohnt und viel an Fieberanfällen gelitten.

Er klagt über Druckgefühl in der linken Seite, welches nach jeder Mahlzeit zunimmt.

Die Untersuchung ergiebt eine ziemlich ausgedehnte Vergrösserung der Milzdämpfung und die Beobachtung stellt eine Quotidiana fest, die Nachmittags zwischen 4 und 5 Uhr mit starkem subjectivem Kältegefühl einsetzt,

[1]) Real-Encyclopädie von Eulenburg; Artikel „Chinin“.

dem ein relativ geringes Hitzestadium folgt, worauf allgemeiner Schweiss den Anfall beendet. Die Temperatur stieg bei keinem der beobachteten Fieberanfälle über 38,4° C., während die Pulsfrequenz unverhältnissmässig hoch, bis auf 120 in der Minute gesteigert war.

Am 20. März nahm der Pat. Mittags um 1½ und um 2 Uhr je 0,5 Chinin. muriat. Der erwünschte Erfolg trat nicht ein, indem der Fieberanfall, wenn auch zeitlich um ¾ Stunden hinausgeschoben und im Allgemeinen etwas schwächer ausgeprägt, dennoch wiederkehrte. Während des Froststadiums klagte der Pat. über starke Schmerzen in der Milzgegend

21. März.

1 Uhr. 0,5 Chin. muriat.
2 Uhr. 1,0 Chin. muriat.
3 Uhr. 0,5 Chin. muriat. — Puls 92. T. 37,7.
3 Uhr 20 Min. Gefühl von grosser Hitze; Blutandrang nach dem Kopf.
3 Uhr 30 Min. T. 38,0. Puls 96. Ohrensausen.

3 Uhr 55 Min. Schwitzt sehr stark an den Händen, im Gesicht und auf dem Rücken. Hört schwer. Sieht die Gegenstände wie verschwommen, undeutlich.

4 Uhr 10 Min. Nachlass des Schwitzens. Eingenommenheit des Kopfes, Erschwerung des Denkens, dösig. Grosser Durst.

4 Uhr 25 Min. T. 37,5. P. 80.

4 Uhr 45 Min. P. 76. Abnahme des Gefühles für Berührung und Nadelstiche an der Haut der Beine, der Hände und des Gesichts. Kneifen und Bestreichen der Backen fühlt Pat. wie „entfernt". Stechen in die Hohlhand, auf den Handrücken und in die Haut der Oberschenkel fühlt er fast gar nicht.

6 Uhr. Dem Pat. fällt eine Unsicherheit beim Gehen auf; er schwankt und taumelt wie ein Betrunkener und muss sich beim Gehen durch die Stube an den Möbeln anhalten.

7 Uhr. Ich constatire diese Erscheinung, die mir aber nicht als spinale Ataxie imponirt, sondern mehr als eine vom Gehirn ausgehende Gleichgewichtsstörung vorkommt. Es scheint mir wichtig die Patellarsehnenreflexe zu prüfen, die ich bei dem Pat. schon früher untersucht und durchaus normal befunden hatte; ich hiess ihn sich niedersetzen und ein Bein über das andere legen. Wie ich mit dem Percussionshammer die Patellarsehne treffe, *fliegt nicht nur der Unterschenkel bis zur Wagerechten in die Höhe, sondern zugleich wird der ganze Körper unter allgemeiner convulsivischer Erschütterung von dem Stuhl in die Höhe und nach hinten geschleudert, sodass ich den Pat. fassen muss, um ihn vor dem Umfallen zu schützen.* Ich hatte ziemlich sicher erwartet keine Patellarreflexe zu finden, da mir die darauf sich beziehende Chininwirkung bekannt war, und erschrack förmlich über das unerwartete Resultat einer allgemeinen reflectorischen Erschütterung von so grosser Intensität. Auch der Pat. war erschrocken; aber er gerieth auch in hochgradige Erregung über diese Erschütterung, die ihm unangenehme und peinliche Gefühle verursachte und es dauerte mindestens ½ Stunde, bis er sich beruhigte und mir die Erlaubniss gab, einen zweiten Versuch an dem anderen Beine anzustellen. Derselbe hatte genau den gleichen Erfolg: *Ad Maximum gesteigerter P. S. Reflex und allgemeine, in mehreren kurzen*

Schlägen wiederholte Zusammenzuckungen des ganzen Körpers mit Aufschnellen vom Stuhle. Deutlich beobachtete ich ein schüttelkrampfähnliches Zucken beider Arme. Der Kranke regte sich sehr auf, bekam einen rothen Kopf und fing an zu weinen und zu schluchzen; er verbot jetzt energisch jede Wiederholung des Versuches. Nach ungefähr einer kleinen halben Stunde war er wieder beruhigt. Er gab jetzt an, dass er blau sähe; alle Gegenstände hätten einen blauen Schimmer.

Ich war nun sehr begierig etwas über das Verhalten der Hautreflexe zu erfahren und stach mit einer Stecknadel in die auf dem Tische liegende linke Hand des Patienten und zwar in die Gegend des Metacarpalgelenkes des Mittelfingers: *Genau dieselbe allgemeine convulsivische Erschütterung des ganzen Körpers* wie nach dem Beklopfen der Patellarsehnen. Weitere Versuche wurden nicht angestellt, vielmehr nicht erlaubt.

Auf 1,5 Chloralhydrat schlief der Kranke mässig gut; am anderen Vormittag war von der Steigerung der Reflexerregbarkeit nichts mehr zu constatiren; die P. S. R. waren so normal wie früher. Auch die übrigen Erscheinungen der Chininintoxication waren bis auf einen geringen Grad von Schwerhörigkeit verschwunden.

Wie ist nun diese durch Chininintoxication entstandene ungeheure Steigerung der allgemeinen Reflexerregbarkeit, die mit allen klinischen Erfahrungen und allen Experimenten in Widerspruch steht, zu erklären?

Von einer Verwechslung mit Strychnin, an welches bei dem Charakter der Krämpfe in erster Linie zu denken ist, kann keine Rede sein, denn nach 2 Gramm Strychnin wäre der Tod eingetreten. An eine Verwechselung ist überhaupt nicht zu denken, denn von demselben Chininvorrath haben andere Patienten vorher und nachher genommen ohne im entferntesten ähnliche Symptome darzubieten. Die einzig zulässige Hypothese, oder der einzig mögliche Erklärungsversuch scheint mir in der Annahme zu liegen, dass in diesem Falle die Chininwirkung allein sich auf das Gehirn localisirt und das Rückenmark frei gelassen hat. Die übrigen Symptome, die vorlagen und aufgezählt sind, waren alle Gehirnsymptome; und wenn man annimmt, dass durch die Intoxication der Gehirnganglien der cerebrale reflexhemmende Einfluss auf die Rückenmarkscentren ausgeschaltet worden ist, so könnte die Steigerung der Reflexe verständlich erscheinen. Aber für diese Annahme der auf das Gehirn isolirten Chininwirkung fehlt jede Begründung.

Der Kranke war seit ungefähr 14 Jahren Morphinist und spritzte sich damals, als die Chininvergiftung vorfiel, täglich 0,3 Morph. muriat. ein. Dass in diesem Verhältniss die Lösung der Schwierigkeit zu finden ist, vermag ich nicht einzusehen; ich theile es aber mit, weil Andere vielleicht weiter sehen.

Da eine Erklärung der aussergewöhnlichen Symptome vorerst nicht möglich erscheint, muss ich mit der Feststellung der Thatsache mich begnügen.

Ich möchte aber die Frage daran knüpfen, ob die Dämpfung der Reflexerregbarkeit durch grosse Dosen Chinin wirklich die Regel ist, von

der es keine Ausnahme giebt, und wo für dieses Verhältniss der Begriff der „grossen" Dose beginnt. Die Sache scheint mir nämlich nicht ganz ohne therapeutischen Werth zu sein.

Bei Nerven- und Rückenmarkskrankheiten wird Chinin vielfältig angewendet, oft mit grossem, oft mit kleinem Erfolg. Es mag dieses wechselvolle Verhalten der Wirkung vielleicht herrühren von zu unbestimmter Indication und diese hinwiederum mag begründet sein darin, dass eben die Grenze nicht genau gekannt ist, welche die reflexerregenden von der reflexhemmenden Dosis trennt. In kleinen Dosen nämlich erregt Chinin die Reflexerregbarkeit. Das ist experimentell nicht nur für Frösche, sondern auch für Hunde und Affen festgestellt und wird durch die klinische Erfahrung am Menschen bestätigt, wenigstens insofern, als die Chininwirkung im Anfang eine erregende ist und erst später eine dämpfende wird. Würde es gelingen — und der eigentliche Zweck dieser kleinen Arbeit ist es, in dieser Richtung anregend zu wirken — hierin eine grössere Sicherheit zu erlangen, so würden ganz gewiss in der Nerven- und Rückenmarkstherapie bestimmtere günstige Erfolge zu erzielen sein. Ich will nur hinweisen auf die in Bezug auf die Reflexverhältnisse so himmelweit verschiedenen Rückenmarkserkrankungen: Tabes dorsalis und spastische Spinalparalyse und hervorheben, dass wir gegebenen Falles bei beiden die gleichen Chinindosen verordnen, während in Berücksichtigung der Erregbarkeit der Rückenmarkscentren die Chinindosirung bei beiden fast antagonistisch sein müsste. Ein ähnliches Verhältniss mag vorliegen bei manchen Neuralgieen und Neuritiden. Das mag zunächst genügen. Hinzufügen will ich noch, dass nach meiner Erfahrung Chinin epileptische Anfälle vermehrt, und dass auch als Wirkung grosser (4,8 Gramm in 30 Stunden) Chinindosen eclamptische Krämpfe beobachtet worden sind.[1])

Zum Schlusse will ich noch von einer Mittheilung berichten, die mir in den letzten Monaten zugegangen ist und die eine Beobachtung betrifft, die wahrscheinlich hierher gehört. Sie hat mich veranlasst den oben geschilderten Fall, den ich schon 1885 beobachtete, zu veröffentlichen.

Ein 50 jähriger Herr consultirte mich wegen heftiger Kopfschmerzen, die in der Nacht sich steigerten. Bei Lähmung des rechten Sphincter iridis und anderen Symptomen war die Diagnose „Syphilis" leicht gestellt, und der Patient zögerte auch nicht im Mindesten die Infection mit secundären Erscheinungen zuzugeben. Bevor der Kranke meine Hülfe in Anspruch nahm, hatte er sich von einem „Specialarzt für Nervenleidende" behandeln lassen. Dieser hatte die Diagnose auf „Kopfneuralgie" gestellt und dem Patient Chinin in Grammdosen verordnet. Die Folge war, dass Patient die Herrschaft über seine Beine verlor, wie ein Betrunkener ging und an Armen und Beinen zitterte, so dass er fast nichts mehr in der Hand halten, kaum den Löffel zum Munde führen konnte und oft von Zusammenzucken des ganzen Körpers geplagt wurde. Die Kopfschmerzen wurden dabei nicht besser. Ich zweifle nicht, dass auch in diesem Falle eine Steigerung der Reflexerregbarkeit durch grosse Chinindosen zu Stande gebracht war.

Bendorf, Sanatorium für Nervenkranke. 2. Mai 1890.

---

[1]) Vergl. Binz, Vorles. über Pharmakol. III. Abth. pag. 713.

II.

Los progrès récents de l'Anthropologie Criminelle.

Par le Professeur C. LOMBROSO.

(Dernière partie).

LES FONCTIONS DES CRIMINELS.

Résistance à la Douleur. — La plus grande anomalie des criminels-nés, qu'on ne rencontre pas aussi exagérée même chez les sauvages, c'est la résistance à la douleur, l'analgésie. C'est ce que j'ai pu démontrer avec mon algomètre électrique, et dont on avait déjà de bien mombreux témoignages avant moi.

Les médecins des prisons savent comment les opérations les plus douloureuses (application du fer rouge, par exemple) sont souvent peu sensibles aux criminels.

Un voleur se laissa amputer la jambe sans pousser un seul cri, et s'amusa ensuite à jouer avec le tronçon. Un assassin renvoyé du bagne de l'île de S.. à l'expiration de sa peine, priait le directeur de le garder encore; voyant sa prière repoussée, il se déchira les entrailles avec le manche d'une grande cuillère, puis remonta tranquillement l'escalier et entra dans son lit où il expira, peu d'instants après, sans avoir fait entendre un seul gémissement.

L'assassin Descourbes, pour ne pas aller à Cayenne, se fit aux jambes des plaies artificielles, et celles-ci guéries, se passa, au moyen d'une aiguille, un cheveu à travers la rotule: il en mourut. Mandrin, avant qu'on lui tranchât la tête, fut tenaillé en huit endroits différents, aux jambes et aux bras, et ne poussa pas un soupir. Pour faire disparaître un signalement dénonciateur, B.... se fit sauter trois dents avec de la poudre; R... s'enleva la peau du visage avec des fragments de verre (Vidocq).

J'ai vu deux meurtriers qui s'étaient mutuellement dénoncés, et qui se haïssaient depuis longtemps, s'élancer l'un sur l'autre, à l'heure de la promenade, et s'étreindre pendant quelques minutes, l'un mordant la lèvre, l'autre arrachant les cheveux de son adversaire; tous les deux se plaignaient ensuite, non des blessures reçues et qui furent suivies de graves accidents, mais de ce qu'on les empêchait de compléter leur vengeance.

Cette analgésie nous explique les moyens atroces choisis si souvent pour les suicides dans les prisons et aussi le penchant au suicide, même chez ceux qui n'ont plus à subir que quelques jours de prison, ainsi qu'on l'a souvent constaté à Mazas. Elle nous explique bien quelques phénomènes étranges du monde criminel, celui surtout que les anciens poètes auraient appelé l'invulnérabilité et que, avec un mot plus modeste et plus médical, je nommerai la *disvulnérabilité* des criminels.

Le professeur Benedikt a vu dans une prison un brigand de la fameuse troupe de Roza Sandor, vrai géant par la taille et athlète par la vigueur, qui, ayant pris part à une révolte de prisonniers, fut battu par des gardiens de telle façon qu'il eut plusieurs vertèbres fracturées. Toutes ses blessures guérirent, mais le géant d'auparavant devint une sorte de nain; toutefois il continua à travailler dans la forge de la prison et à se servir du lourd marteau comme dans les jours de sa plus grande vigueur.

Pour ma part, j'en ai vu de plus étranges encore: un voleur eut, dans une escalade, le frontal droit fendu latéralement par un coup de hache; en quinze jours il était guéri sans aucune réaction.

Le crâne du même brigand de la troupe de Rozza Sandor, dont parle M. Benedikt, était envoyé à l'Exposition d'anthropologie de Rome par le célèbre professeur Lenhossek de Pesth. Ce crâne avait une énorme dépression de l'os pariétal gauche, effet d'une blessure d'arme à feu, qui ne l'avait pas empêché, m'écrivait M. Bosany, de tenir tête, plusieurs jours de suite, aux troupes autrichiennes et russes.

Dans la prison dont je suis le médicin, un meurtrier, qui travaillait comme maçon, grondé pour une faute légère, se jeta du troisième étage, d'une hauteur de 9 mètres sur le pavé de la cour. — Tous le croyaient mort: on était allé chercher le médecin et même le prêtre, quand tout à coup on le vit se relever en souriant et demander à continuer son ouvrage.

Les individus qui possèdent cette *disvulnérabilité* se considèrent comme des privilégiés, et ils méprisent les délicats et les sensibles. C'est un plaisir pour ces gens durs de tourmenter incessamment les autres, qu'ils regardent comme des créatures inférieures.

Voilà une double source de cruauté des criminels, comme le note très bien Benedikt: „Si nous voyons souffrir autrui, nous ressentons nous-même, à l'aide de notre mémoire, ds pareilles sensations; nous ressentons, pour ainsi dire, une copie de ces souffrances. De là naît la compassion que nous comptons parmi les vertus. Plus nous sommes sensibles, plus nous sommes disposés à la compassion. Lorsqu'il y a une diminution congénitale de sensibilité pour les douleurs et les sentiments désagréables, alors l'aptitude á la compassion fait presque défaut.“

S é c r é t i o n s. — M. Ottolenghi[1]) a fait dans mon laboratoire plusieurs observations sur l'élimination de l'urée, des chlorures et des phosphates chez 15 criminels-nés, et chez 3 criminels d'occasion assujétis aux mêmes conditions alimentaires.

Voici les moyennes des résultats:

		gr.
Urée p. 1,000 gr. du poids du corps.	Criminels nés	0,39
	— d'occasion	8,53
Phosphates id.	Criminels-nés	0,024
	— d'occasion	0,0195
Chlorures id.	Criminels-nés	0,28
	— d'occasion	0,29

[1]) *Giornale dell' Academia med. de Torino* 1888. *Archivio. di psichiatria* 1888, X.

Il y a donc chez les criminels-nés une diminution dans l'élimination des urées et un augmentation des phosphates, tandis que l'élimination des chlorures ne varie pas.

Il a obtenu les mêmes résultats dans des cas d'épileqsie psychique, tandis que les criminels d'occasion n'offrent aucune anomalie.

M. Rivano, au contraire,[1]) trouve chez les épileptiques une plus grande quantité d'urée et moins de phosphates aux jours de paroxysmes, et en outre, dans 33 p. 100, de l'albumine.
29 — de l'acétone.
87 — des peptones.
toujours dans les jours d'accès.

Odorat. — M. Ottolenghi a étudié aussi l'odorat chez les criminels.

Il a composé dans ce but un *osmomètre* contentant douze solutions aqueuses d'essence de girofle qui variaient de 1 p. 50000 à 1 p. 100.

Il a fait ses observations en plusieurs séries, une seule par jour, dans des conditions de ventilation à peu près identiques, et en renouvelant les solutions pour chaque observation, afin d'éviter les erreurs d'évaporation.

Il cherchait d'abord le degré le plus faible auquel commençait la perception de l'odorad.

D'autres fois, il procédait d'une manière différente: il déplaçait les diverses bouteilles, et invitait ensuite le sujet à les replacer dans l'ordre de leur intensité d'odeur.

Il a distingué les erreurs de disposition qui s'étaient produites, en erreurs graves et légères, selon que, dans l'ordre des solutions, il y avait la distance de plusieurs ou d'un seul degré. Il a examiné 80 criminels (50 hommes, 30 femmes), et 50 personnes normales, (30 hommes, choisis la plupart parmi les gardes de prisons, et 20 femmes honnêtes).

Voici ses résultats:

Tandis que dans les hommes normaux l'odorat moyen variait entre le troisième et le quatrième degré de l'osmomètre, chez les criminels il variait du cinquième au sixième degré; 44 individus en manquaient tout à fait.

Tandis que les hommes honnêtes faisaient en moyenne trois fautes de disposition, les criminels en firent cinq, dont trois graves.

Les femmes normales touchèrent au quatrième degré de l'osmomètre, les femmes criminelles au sixième degré; chez deux l'odorat manquait totalement.

Tandis que les premières firent en moyenne environ quatre fautes, les criminelles en firent cinq.

---

[1]) *Archivio di Freniatria, Torino,* 1889.

Des huit cas d'anosmie constatés chez les criminels, deux étaient en relation avec des altérations nasales; pour les autres, c'était une espèce de cécité olfactive; ils ressentaient les excitations odoriférantes sans pouvoir les spécifier, et moins encore les classifier.

Pour vérifier ce qu'il y avait de vrai dans l'assertion[1]), que les criminels contre les mœurs avaient l'odorat très développé, il l'examina chez 30 auteurs de viol et chez 40 prostituées. Il trouva dans 33 p. 100 des premiers la cécité de l'odorat, dans les autres une moyenne correspondant au cinquième degré de l'osmomètre.

Faisant ensuite disposer les diverses solutions selon le degré de leur force, il remarqua trois erreurs graves.

Chez 19 p. 100 de filles soumises, il a trouvé la cécité de l'odorat; et pour les autres, une acuité moyenne correspondant au cinquième degré de l'osmomètre.

Comparant ces résultats avec ceux déjà obtenus pour les normaux et pour les criminels, l'odorat apparaît beaucoup moins développé dans cette dernière catégorie.

Gout. — M. Ottolenghi[2]) a examiné aussi le goût de 100 criminels (60 criminels-nés, 20 criminels d'occasion et 20 femmes criminelles), il les a comparés avec 20 hommes de le classe inferieure, 20 professeurs et étudiants, 20 femmes honnêtes et 40 filles de joie; ses expériences ont été faites avec onze solutions de strychnine (graduées 1/80000 à 1/50000), de saccharine (depuis 1/100000 jusqu'à 1/10000) et dix de chlorure de sodium (de 1/500 à 3/100). Les criminels montrèrent toujours une obtusité remarquable. (Voir fig. 3.)

La moindre acuité gustative a été rencontrée chez 38 p. 100 de criminels-nés, 30 p. 100 de criminels d'occasion, chez 20 p. 100 de femmes criminelles; tandis qu'on a trouvé 14 p. 100 parmi les professeurs et les étudiants, 25 p. 100 parmi les hommes des classes inférieures, 30 p. 100 pour les filles de joie et enfin 10 p. 100 chez les femmes honnêtes.

Gestes. — C'est un usage acien parmi les criminels de se communiquer leurs pensées par gestes.

Avé-Lallement décrivit une série de gestes des voleurs allemands, un véritable langage exécuté avec les seuls doigts, comme chez les muets.

Vidocq dit que les floueurs, quand ils guettent leur victime, se font le signal de la *Saint-Jean,* qui consiste à porter la main à leur cravate, où même à ôter leur chapeau.

Mais c'est surtout Pitré qui a publié des renseiguements très importants.

---

[1]) Krafft-Ebing. *Psychopathia sexualis.* 1889, 4e éd. Wien.

[2]) *Archivio di psichiatria,* 1889.

Dans ses *Usi e costumi della Sicilia*, il vient de décrire 48 gestes particuliers aux délinquants.

Tatouage. — J'avais cru qu'il n'y aurait à ce propos plus rien à dire après les belles études de MM. Lacassagne, Marro, et après les miennes.

Cependant les recherches faites par MM. Severi, Lucchini et Boselli sur 4,000 nouveaux criminells, ont donné des résultats d'une haute importance et tout d'abord une proportion octuple de celle des aliénés de la même région (Florence et Lucques). La diffusion énorme va jusqu'à 40 p. 100 chez les militaires criminels, à 33 p. 100 chez les mineurs; les femmes ne donneraient que 1.6 p. 100, mais la proportion s'élèverait à 2 p. 100 si on voulait y comprendre certains tatouages-mouches ressemblant aux grains de beauté, qui sont en usage jusque dans la haute prostitution.

Ce qui frappe le plus dans ces recherches, après la fréquence, c'est le caractère spécifique desdits tatouages: l'obscénité, la vantardise du crime, et le contraste étrange des passions mauvaises et de sentiments les plus délicats.

M. C..., âgé de vingt-sept ans, condamné cinquante fois au moins pour révolte, coups et blessures d'hommes et de chevaux, a pour ainsi dire l'histoire de ses crimes écrite sur sa peau, et à ce propos, notons que tout récemment l'infâme de Rosny, qui s'est suicidée à Lyon, avait le corps couvert de tatouages représentant des figures érotiques; on y lisait la liste de ses amants et les dates auxquelles elle les avait quittés.

F. S..., charretier, âgé de vingt-six ans, récidiviste, porte sur la poitrine un coeur percé par un poignard (signe de vengeance), sur la main droite une chanteuse de cafe-concert dont il s'était épris. A côté de ces tatouages et d'autres que les convenances nous empêchent de citer, on voit avec surprise le dessin d'un tombeau avec l'épitaphe: *A mon père chéri.* Contradictions étranges de l'esprit humain!

Un nommé B..., déserteur, a sur la poitrine un Saint-Georges et la croix de la Légion d'honneur, et sur le bras droit une femme très peu habillée qui boit, avec l'inscription: *Mouillons un peu l'intérieur.*

Q. A..., journalier, condamné plusieurs fois pour vol, expulsé de France et de Suisse, a sur la poitrine deux gendarmes suisses avec les mots: *Vive la République!* Sur le bras droit un coeur percé et à côté la tête d'un poisson, un *maquereau*, pour signifier qu'il veut poignarder un souteneur, son rival.

Nous avons vu sur le bras gauche d'un autre voleur, un pot de citronnier avec les initiales V. G. *(vengeance);* ce qui, dans l'étrange langage des criminels, veut dire: trahison et après vengeance. Il ne nous cachait pas que sa pensée continuelle était de se venger de la femme qui l'a aimé et depuis abandonné: son désir est de lui couper le nez; il refusa même l'offre que lui fit son frère de se charger de l'opération, pour de plaisir de l'exécuter personnellement une fois en liberté.

On voit donc, par ces quelques exemples, qu'il y a parmi les criminels une espèce d'écriture hiéroglyphique, mais qui n'est pas réglée, ni fixée; elle dérive des événements journaliers et de l'argot, comme cela devait être chez les hommes primitifs.

Très souvent, en effet, la clef y signifie le silence du secret entre les voleurs, et la tête de mort la vengeance. Parfois on remplace les figures par des points; ainsi un repris de justice s'est marqué avec 17 points, ce qui veut dire, selon lui, qu'il se propose d'outrager dix-sept fois son ennemi lorsqu'il lui tombera sous la main.

Les tatoués criminels de Naples ont l'habitude de faire de longues inscriptions; mais les mots sont remplacés par des initiales. Beaucoup de *camorristes* de Naples portent un tatouages qui représente une grille derrière laquelle se trouve un prisonnier, et au-dessous les initiales Q. F. Q. P. M. c'est-à-dire *Quando finiranno queste pene? Mai!* (Quand finiront ces peines? Jamais!)

D'autres portent l'épigraphe C. G. P. V., etc., c'est-à-dire: *Courage, galériens, pour voler et piller nous devons tout mettre à sang et à feu.*

On voit donc déjà ici que certains tatouages sont employés par des associations criminelles et qu'ils sont un signal de ralliement.

Le voleur R..., qui porte sur les bras droit un dessin représentant deux mains entre-croisées et le mot *Union* entouré d'une guirlande de fleurs, nous dit que ce tatouage est adopté par beaucoup de malfaiteurs et associés du midi de la France (Draguignan).

D'après des révélations qui nous ont été faites par des *camorristes* émérites, cinq points sur la main droite, un lézard ou un serpent, signalent le premier grade dans cette dangereuse association.

Dans la *Revista de antropologia criminal,* nouvelle publication qui vient de paraître à Madrid, M. Sallias a publié une excellente étude sur le tatouage des criminels espagnols. Selon lui, cet usage est fréquent parmi les meurtriers; la prédominance du caractère religieux s'y observe, mais toujours avec ce cachet de cynisme obscène qu'on remarque chez tous les autres.

J'ai eu l'occasion, récemment, de vérifier jusqu'à quel point est atavistique l'impulsion qui conduit les criminels à s'infliger cette étrange opération.

Un voleur des plus incorrigibles, qui a six frères tatoués comme lui, me priait, quoiqu'il fût à demi couvert des tatouages les plus cyniques, de lui chercher un tatoueur de profession pour achever ce qu'on pouvait bien appeler la tapisserie de sa peau. „Lorsque le tatouage est bien drôle et répandu sur tout le corps, me disait-il, c'est, pour nous autres voleurs, comme l'habit noir de société avec des décorations; plus nous sommes tatoués et

plus nous nous estimons; plus un individu est tatoué plus il a d'autorité sur ses compagnons. Au contraire, celui qui n'est pas bien tatoué ne jouit d'aucune influence, n'est pas tenu pour bon gredin, n'a pas l'estime de la compagnie.

Un autre aussi me disait: „Bien souvent quand nous allons chez les filles, en nous voyant ainsi couverts de tatouages, elles nous comblent de cadeaux et nous donnent de l'argent au lieu d'en exiger."

Si tout cela n'est pas de l'atavisme, l'atavisme n'existe pas dans la science.

Certainement, on peut dire de celui-ci, comme de tous les autres caractères de criminels, qu'on peut le rencontrer chez les gens normaux; mais c'est la proportion, la diffusion et l'intensité qui sont bien plus saillantes; c'est la nuance spécifique, la couleur locale du cynisme, de la vanité inutile et imprudente du crime, qui manquent chez les hommes honnêtes.

Mais on nous objectera que cela n'est pas de la psychologie et que c'est seulement avec elle qu'on peut tracer le portrait de l'homme criminel.

Je pourrais bien répondre que ces tatouages sont de véritables phénomènes psychologiques; j'ajouterai que M. Ferri, dans les préliminaires de son ouvrage sur les homicides, nous a donné, avec une vraie psychologie statistique, l'analyse de tous les penchants criminels et de leur contenance avant et après le crime. Parmi les criminels-nés, par exemple, 42 p. 100 nient toujours le crime, tandis que parmi les criminels d'occasion les auteurs de blessures surtout, 21 p. 100 seulement nient tout: des premiers 1. p. 100, des seconds 2 p. 100 avouent en pleurant, etc.

II. Original-Vereinsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Von Dr. Koenig (Dalldorf).

(Sitzung vom Montag den 12. Mai 1890.)

73) **Wollenberg** demonstrirte an Präparaten die „Choreakörperchen", auf welche Flechsig vor mehreren Jahren die Aufmerksamkeit von neuem gelenkt hat. Zuerst sind sie von Elischer beschrieben worden. (Virchow's Archiv. Bd. 61 und 63.)

Das eine frische Präparat stammt von einer Patientin her, die choreaartige Bewegungen sämmtlicher Extremitäten zeigte; gleichzeitig bestand Paralyse. Keine Endocarditis. Tod am 9. Mai d. J.

Die Präparate wurden theils ohne Zusatz untersucht, theils mit Liq. kal. acet. Es wurden eine grosse Anzahl von Reactionen angestellt. Die Choreakörperchen haben eine grosse Resistenz; weder Aether, Alcohol, noch

Lugol'sche Lösung übten einen Einfluss aus. Das einzige war conzentrirte Schwefelsäure; darin lösten sich die kleinsten Körperchen auf, die grösseren zerfallen vorher in ein strahlenförmig angeordnetes Fasernetz. — Diese Körperchen haben mit der Paralyse nichts zu thun; zum Beweise wird ein Präparat demonstrirt, welches von einem 12j. Knaben, welcher an Chorea litt, stammt. Die Körperchen finden sich immer im inneren Gliede des Linsenkerns; in dem vorliegenden Falle fanden sie sich auch, allerdings spärlich, im mittleren und äusseren Gliede. —

Sander erinnert sich, solche Gebilde auch gesehen zu haben in Gehirnen von Kranken, die nicht an Chorea gelitten hatten.

Wollenberg erwidert, dass er auch Linsenkerne von anderen darauf hin untersucht hat mit negativem Erfolge.

Siemerling hat derartige Gebilde an den Gefässen niemals auffinden können ausser bei Chorea.

74) **Remak**: *Zur Symptomatologie* der *Bulbärparalyse*. Krankenvorstellung.

Patient, ein 51j. Maschinenbauer kam am 29. März d. J. zuerst in die Poliklinik; Patient ist verheirathet, hat 14 Kinder gezeugt, von denen 7 noch leben. In seiner Jugend Schanker ohne secundäre Erscheinungen; mässiger Potus. Bis zum 8. März will er ganz gesund gewesen sein, als er plötzlich bei der Arbeit die Sprache verlor, er konnte den Kiefer nicht öffnen, auch nicht schlucken; die Extremitäten blieben frei; etwa 5 Tage lang war er nicht im Stande, den Kiefer ordentlich zu öffnen.

Die Untersuchung ergab folgendes:

Am Proc. mastoideus keine Gefässgeräusche; Sensorium frei. (Patient ist in Folge seiner Arbeit etwas schwerhörig). Kniephänomene beiderseits in Ordnung; keine Sensibilitätsstörungen von Seiten der Extremitäten; Untersuchung der Augen ergibt nichts abnormes. Parese des rechten facialis (jetzt fast verschwunden); Patient ist nicht im Stande, das Auge der gelähmten Seite allein zuzumachen; auch Pfeifen kann er nicht; keine Hemiatrophie der Zunge; die electrische Erregbarkeit des Facialis normal; das Velum hebt sich ziemlich gut. Die Reflexe beim Berühren des Velum sind sehr gering, während die Sensibilität sonst intakt ist; Patient regurgitirt beim Gurgeln durch die Nase. Grunzlachen, typische Sprachstörung. Die Krankheit ist acut entstanden; von einer Pseudobulbärparalyse darf man hier wohl absehen. Man könnte an eine Blutung oder eine thrombotische Erweichung denken in der Medulla oblongata oder im Pons.

Jetzt ist Patient im Stande, zu arbeiten und zu schlucken.

Wenn der Kranke den Mund weit aufmacht, so sieht man nicht allein die Lähmung des rechten Mundfacialis, sondern es tritt ein eigenthümliches Ueberspringen des Unterkiefers ein. (Paralytische Subluxation). Bei gewaltsamem Oeffnen des Mundes sieht man, dass der linke aufsteigende Ast des Unterkiefers stärker in die Höhe gezogen wird als der rechte; es läuft das also auf eine Parese des rechten motor. Trigeminus hinaus. Patient kaut auch rechts schwerer als links.

Diese einseitige Betheiligung der Kaumuskeln ist bisher nicht bekannt gewesen.

75) **Goldscheider**: *Ueber eine Beziehung zwischen Muskelcontraction und Leitungsfähigkeit des Nerven.*

G. hat am Gastrocnemius resp. am Ischiadicus des Frosches Untersuchungen angestellt, in wie weit die Veränderung der Leitungsfähigkeit des motorischen Nerven verändernd auf die Muskelkontraction Einfluss hat. Die Versuche machte G. so, dass er Alkoholdämpfe und später Cocainlösung auf den Ischiadicus einwirken liess. Die Alcoholdämpfe haben die Eigenthümlichkeit, die Leitungsfähigkeit des Nerven erheblich herabzusetzen, die Herzthätigkeit wurde nicht herabgesetzt. Die Resultate waren mit den beiden Reagentien dieselben.

Wenn man frequente Reize durch den Nerven sandte, nachdem der Nerv in seiner Leitungsfähigkeit geschwächt war, so war zunächst die Muskelcontraction eine weniger intensive; ferner wurde die Höhe des Tetanus langsamer erreicht. Das Maximum der Contraction tritt verspätet ein, und das Absinken tritt auch langsamer ein. Es zeigte sich weiterhin, dass man dieses Verhältniss besser herstellen konnte mit mässig frequenten Reizen. Es entspricht diese Erscheinung der faradischen Entartungsreaction am lebenden Menschen. Im allgemeinen hat man diese Entartungsreaction bei atrophischen Prozessen gefunden; sie entsprachen bekanntlich einem veränderten Zustande des Muskels, welcher eine ähnliche Contractionsform hervorbringt, wie der ermüdete Muskel; andererseits betrachtet man sie als ein Zeichen der Entartung des Nerven. —

Dieser Versuch hat das Interesse, dass er zeigt, dass eine Form des Tetanus, wie sie der faradischen Entartungsreaction entspricht, zu Stande kommen kann durch eine Beeinflussung der Nerven. —

An der Discussion betheiligen sich die Herren Remak und Bernhard.

76) **Krasch**: demonstrirt einen neuropathologisch interessanten Fall von Aneurysma Aorta descendentis.

III. Referate und Kritiken.

77) **H. Kadyi** (Krakau): Ueber die Blutgefässe des menschlichen Rückenmarks. (Aus dem Polnischen übersetzt vom Verf. Mit 10 chromolithographischen Tafeln. Lemberg, Verlag von Gubrynowicz und Schmidt. 1889. 4. 152 S.)

In der vorliegenden Arbeit giebt uns Verf. das Resultat einer mehrjährigen, sehr mühsamen Untersuchung über Ursprung und Verlauf der Blutgefässe im menschlichen Rückenmark und dessen Häuten. Genau werden die schwierigen Methoden einer sorgfältigen Injection der betreffenden Gefässe auseinandergesetzt, die von kundiger und geübter Hand angewendet, auch sehr hoch gestellten Ansprüchen genügen. Von den zahlreichen interessanten Ergebnissen der Untersuchung, die hier natürlich nicht alle wiedergegeben werden können, sei hervorgehoben der Nachweis, dass eine Unterscheidung von Stromgebieten auf dem Rückenmarksquerschnitte unmöglich ist, womit alle Deduktionen von Adamkiewicz, die auf dieser Annahme basiren,

unhaltbar werden. Von einem „Blutkreislauf der Ganglienzellen“ hat K. nichts zu entdecken vermocht.

Die 10 Chromotafeln, die der Arbeit beigefügt sind, sind von Künstlerhand verfertigt und gut gelungen. Strauscheid.

---

78) **A. Pick** (Prag): Ueber ein abnormes Faserbündel in der menschlichen Medulla oblongata. (Arch. f. Psych. XXI. 2. pag. 636.)

Verf. fand in einer zu andern Zwecken zufällig untersuchten menschlichen Med. oblongata ein — wahrscheinlich auch schon von Henle constatirtes — einseitig vorkommendes *Faserbündel*, das in den oberen Abschnitten der *Pyramidenkreuzung* beginnend, sich von den Seitenstrangresten abspaltet und gegen das obere Ende der Med. zu sich in den *Strickkörper* aufbündelt (bis dahin ohne Communication); dasselbe stellt wahrscheinlich eine abnorme *Verbindung* zwischen *Seitenstrang* und *Strickkörper*, vielleicht auch *Kleinhirn* dar. Langreuter.

---

79) **A. Delbrück** (Hamburg): Zur Lehre von der Kreuzung der Nervenfasern im Chiasma nervorum opticorum. (Arch. f. Psych. XXI. 3. p. 746.)

Nach Lage des beschriebenen Falles — dessen Einzelheiten besonders nach den Abbildungen der Schnittserien zu verfolgen sind — nimmt der Verf. an: dass es sich um eine fast Total-Degeneration des linken ungekreuzten Bündels sowie sämmtlicher gekreuzter Fasern handelte, und nur das rechte ungekreuzte Bündel sich normal verhielt. Aus der Vergleichung der Schnitte konnte geschlossen werden: dass die ungekreuzten Fasern im Opticus zu dicken Bündeln vereinigt auf der lateralen Seite verlaufen. Im Chiasma und Tractus verwischen sie sich *allmählich* mit den gekreuzten Fasern und zwar vertheilen sie sich nicht gleich über den Gesammtquerschnitt, sondern lassen eine Strecke weit die inneren-unteren und später die äusseren Parthien frei. Langreuter.

---

80) **A. Böttiger** (Halle): Beitrag zur Lehre von den chronischen progressiven Augenmuskellähmungen und zur feineren Hirnanatomie.)
(Arch. f. Psych. XXI. 2. p. 513.)

Typischer, etwa in 3 Jahren verlaufener Fall von chronischer progressiver Augenmuskellähmung bei einem 62 jährigen an Dementia senilis leidenden Manne. Die Section ergab Erkrankung der unteren Kerne des Hirnstammes, theils Degeneration, theils schon Atrophie, und zwar waren die Augenmuskelkerne besonders afficirt. Das Rückenmark war bis auf die halbseitige (links) Degeneration der aufsteigenden Quintuswurzel gesund. (*Keine* Tabes!) — Einige Schlussbemerkungen betreffen die Zusammensetzung und der genauere Verlauf des „solitären Bündels“. Langreuter.

---

81) **E. Poulsson** (Christiania): Om strykninets lammende virkning. (Die lähmende Wirkung des Strychnins.) (Nord. medicin. Arkiv. 1889 II. Nro. 10.)

P. hat den Einfluss des Strychnins auf die motorischen Nerven des Frosches untersucht, und erklärt zunächst die Meinungsverschiedenheit in dieser Frage daraus, dass das Alcaloid auf die beiden in der Physiologie benutzten Frosch-Species (Rana esculenta und R. viridis) verschieden wirkt, indem nur bei ersterer eine dem Curare analoge Wirkung auftritt. Die auf grosse Strychnindosen folgende allgemeine Lähmung hat nach P. ihre Ursache in einer directen Paralyse des ganzen Centralnervensystems, die kleinsten Dosen wirken noch lähmend auf gewisse Abschnitte der med. oblong. und des Rückenmarks. Die directe Einführung grosser Dosen ins Blut bewirkt nicht Tetanus sondern sofortige Lähmung, und die Krämpfe treten erst viel später, nach Ausscheidung einer grossen Menge des Alcaloids auf; der ganze Symptomencomplex ist der Wirkung grosser Morphiumdosen auf niedere Thiere sehr ähnlich. Sehr kleine Str.-Dosen machen Tetanus, (bis 0,1 mg.r), mittlere (bis 1,0 mgr.) erst Tetanus, dann Lähmung, dann wieder Tetanus.

Kurella.

---

82) **O. Schwarz** (Leipzig): Ueber die Wirkung des constanten Stroms auf das normale Auge. (Arch. f. Psych. XXI. 2. p. 588.)

Der constante Strom übt eine directe Wirkung auf die *Netzhaut* aus. Bei der Versuchsanordnung: kleine Elektrode auf das geschlossene Augenlid, grosse Elektrode auf den Nacken — entstehen kurzdauernde *electrotonische Veränderungen* wahrscheinlich in der Zapfenfaserschicht. *Katelectrotonus* (bei entsprechender Stromrichtung) erzeugt eine kurzdauernde bläulich-violette („kurzwellige") Lichtempfindung; *Analectrotonus* bewirkt zunächst Dunkelempfindung (i. e. Herabsetzung der Erregbarkeit); hinterher bei Abnahme des Anolectrotonus entsteht eine schwache röthlich-gelbe („langwellige") Lichtempfindung. — Ob etwa *stärkere* Ströme auch eine Erregung der Nervenfasern und des Sehnerven hervorrufen können, hat sich noch nicht nachweisen lassen. — Der constante Strom kann ferner auch einen *Folgezustand* im Sehorgan bewirken bestehend in Erhöhung der Empfindlichkeit für objectives Licht verschiedener Qualität in der Peripherie der Netzhaut — ob durch directen Einfluss auf die Netzhautelemente oder auf centrales Sehorgan oder Blutkreislauf, lässt sich zur Zeit nicht entscheiden. Ob hierbei die *Stromrichtung* eine Rolle spielt ist ebenfalls bis jetzt nicht nachweisbar. Langreuter.

---

83) **A. Grünfeld** (Dorpat): Zur Frage über die Wirksamkeit des Mutterkorns und seiner Bestandstheile auf das Rückenmark der Thiere. (Arch. f. Psych. XXI. 2. p. 618.)

Fütterungsversuche an Hühner und Ferkeln hatten — trotzdem diese Thiere die entsprechenden Präparate längere Zeit vertrugen als die Tuczeck.'schen Versuchsthiere — einen durchaus negativen Erfolg. Das Rückenmark wurde in allen Fällen unverändert gefunden. Langreuter.

---

84) **Th. Ziehen** (Jena): Zur Physiologie der infracorticalen Ganglien und über ihre Beziehungen zum epileptischen Anfall.

(Archiv f. Psych. XXI. 3 p. 861.)

Reizversuche mechanischer und electrischer Art am Kaninchengehirn im Verfolge der früheren Binswanger'schen Arbeiten (welche ein reflectorisch zu erregendes Krampf- und Laufcentrum im Haubentheil der Brücke nachgewiesen hatten). Die *Grosshirnhemisphären* waren bis zur Oberfläche der grossen Ganglien *abgetragen;* es wurden Streifenhügel, Linsenkern, Sehhügel und Vierhügel durch Stich, Schnitt und faradischen Strom gereizt, und hinterher durch Autopsie die genauere Lage der Verletzungen festgestellt. Es seien hier die polemischen Ausführungen über die bei fehlenden Hemisphären, allerdings vieldeutigen Resultate übergangen, und nur die hauptsächlichsten *objectiven Ergebnisse* mitgetheilt:

1. *Streifenhügel.* Meschanische und faradische Reize erzeugen kurze tonische Contractionen, meistens auf der gekreuzten Seite.

2. *Sehhügel* dasselbe Resultat. Durchschneidungen des Hirnstammes im Gebiete der Sehhügel bewirken stürmische Laufbewegungen.

3. *Vordere Vierhügel.* Reize rufen Respirationsbeschleunigung, Quieken etc. und schliesslich stürmische Locomotion hervor.

4. *Hintere Vierhügel.* Reizung erzeugt tetanischen Krampf und Schlagbewegungen ohne Lokomotion. Der Krampf überdauert den Reiz Minuten lang.

Verf. ist der Ansicht, dass diese Bewegungserscheinungen *reflectorischer* Natur sind, indem bei den Reizungen *sensible Elemente* getroffen werden. Dies ist aus dem Grunde wahrscheinlich, weil *mechanische* Insulte gerade so gut und sogar *besser* wirken als *faradische.* Langreuter.

---

85) **G. Rossolimo** (Moskau): Zur Physiologie der Schleife.

(Archiv f. Psych. XXI. 3. p. 897.)

Ein *Gliom* im Hinterhorn des Brust- und Halstheils lokalisirt, welches einseitige Sensibilitätsstörungen und entgegengesetzte secundäre Degeneration der Schleife hervorgerufen hatte, bestätigte die Auffassung: dass die mediale Schleife hauptsächlich Fasern enthält die zur Leitung der Hautsensibilität von der eutgegengesetzen Seite dienen. Langreuter.

---

86) **C. Winkler** und **W. Bollaan** (Utrecht): De forceps als oorzaak van idiotismus. (Die Zangenapplication als Ursache der Idiotie.)

(Nederl. Tijdschrift v. Geneeskunde 1889.)

Sowohl in der neurologischen wie in der geburtshilflichen Literatur wird den Kopfläsionen während der Geburt als Ursache psychischer Störungen wenig Aufmerksamkeit geschenkt, so wenig wunderbar es wäre, wenn manches Individuum sein gestörtes psychisches Leben solchen Einflüssen verdankte. Nur einzelne Menographieen betonen diesen Factor, Hofmann (1869) macht auf Verbiegungen und löffelförmige Eindrücke der Seitenwandbeine aufmerksam, die, wenn nicht direct der angewandten Kunsthilfe, manchmal dem Druck des Promontoriums ihr Dasein verdanken. Little (1861) macht

neben dem mechanischen Factor auch auf die Asphyxie des Gehirns bei langdauernden Geburten aufmerksam, die auch capilläre Blutungen hervorrufen kann und auf den statistischen Zusammenhang zwischen schweren Geburten und Fällen von einseitiger Contractur, tiefgehender Nervenleiden bis zur vollkommenen Idiotie. Winkler hat 1885 eine doppelseitige symmetrische Rindenläsion bei einem mit der Zange extrahirten späteren Idioten beschrieben, und theilt nun noch einen überzeugenderen Fall mit.

Das mit der Zange geborene Kind war von vornherein idiotisch; der spätere Aufenthalt in der Anstalt zu Utrecht dauerte 40 Jahre, Patient starb mit 60 Jahren an Marasmus. Beiderseits fanden sich Eindrücke in den Seitenwandbeinen, die den beiden vorhandenen Rindenlaesionen entsprachen, was kaum einem Zufall zugeschrieben werden kann; bei 10 weiteren Idiotengehirnen haben W. und B. dies Verhältniss ein zweites Mal gefunden; und bei 25 lebenden Idioten fanden sie sechsmal doppelseitige Schädeleindrücke, woraus sie schliessen, dass die Fälle von Idiotie durch Forceps häufiger sind, als man bisher annahm. Der Schädel wurde in dem mitgetheilten Fall nach der Rieger'schen Methode gezeichnet. Die Brocasche Windung fand sich ganz zerstört; die P. konnte bis auf zwei Worte („moetje“ und „niet doen“ [„Mutterchen“ und „nicht doch“]) gar nicht sprechen, während die Extremitäten frei von motorischen Störungen waren. W. stellt die Bedeutung dieses Falls für die Localisation der Aphasie sehr hoch.

Die Defecte hatten die äussersten Rindenschichten nicht ganz zerstört, und reichten nur einige Mm. tief in die weite Substanz herab; sie waren der Ausgangspunct einer Reihe secundärer Atrophieen, die in erster Linie das geringe Hirnvolumen bedingten. Knochenlaesionen oder Hirnhautverletzungen waren an der Entstehung der Herde nicht beteiligt.

van Deventer (Amsterdam).

---

87) **Mingazzini** (Rom): Osservazioni intorno al cervello di un idiota. (Bemerkungen über ein Idiotengehirn.) (Archiv. di Psich. Scienze Pen. e Antrop. Crim. XI. H. 1. 1890.)

An einem Idiotengehirn fand M. Verhältnisse, die theils auf eine Hemmung der foetalen Entwickelung, theils deutlich auf phylogenetische Einflüsse deuten. Der Befund war folgender: Rechte Grosshirnhemisphäre weniger entwickelt als die linke, so dass r. das Kleinhirn freilag. Im r. Occipitallappen der sulc. occipit. lateralis kaum angedeutet. Die secundären sulci in der r. Hemisphäre kaum entwickelt. Sulcus Rolando dexter verläuft perpendiculär zum freien Rand des Hirnmantels, wie beim 6monatlichen Foetus. Der vordere Schenkel der fiss. Silvii und die dritte Stirnwindung sind *links* ganz rudimentär, wie beim Gorilla. Die erste Uebergangswindung ist versenkt, wie bei den Arten der Cebus-Affen. Der gyrus cunei beiderseits ganz oberflächlich.

M. nimmt an, dass in diesem Fall das Grosshirn sich normal entwickelt hat, bis zum plötzlichen Auftreten einer Hemmung im foetalen Leben, während gewisse pithecoïde Züge auftraten, die normalerweise in der Ontogenese des Hirnmantels latent bleiben. J. Ottolenghi (Turin).

---

88) **Ambrose L. Ranney** (New-York): Eyestrain as a cause of headache and neuralgia. (Augenfehler, eine Ursache von Kopfschmerz und Neuralgie.)
(The Medic. Record. 22. Juni 1889.)

Unter den 3 Hauptklassen des Kopfschmerzes und andern Neuralgien, der toxischen, organischen und reflectorischen ist die leztere die häufigste. Verf. gibt eine genaue Uebersicht über 50 Fälle, in denen „Kopfschmerz und Neuralgie" ausschliesslich durch Behandlung eines vorhandenen Augenfehlers geheilt oder doch wesentlich gebessert wurde. Voigt.

---

89) **Boinet et Salebert** (Montpellier): Des troubles moteurs dans l'impaludisme. (Revue de médecine Nov. 1889.)

Die Verf. haben während eines dreijährigen Aufenthaltes in Tonkin vielfach Gelegenheit gehabt, Nervenkrankheiten nach Malaria zu beobachten. Einmal fanden sie typische corticale Lähmungen (Monoplegien, Aphasie), die nach einem Malariaanfall auftreten und mit ihm oder wenige Tage nach ihm wieder verschwinden.

Ausserdem beobachtet man häufig spinale Affectionen (Paraplegien), welche theils vorübergehend sind, teils dauernd bleiben. Sie schliessen sich an die schweren Formen der Malaria an; doch ist die Ausdehnung und der Grad der Lähmung nicht immer dem Grad der Malariaerkrankung proportional. Oft erscheinen die Paraplegien nach einem heftigen Malariaanfall plötzlich mit einem apoplectiformen Ictus. Im Gegensatz zur dysenterischen Lähmung ist diese an der Peripherie stärker wie in der Nähe des Centrums. Die Lähmung ist oft begleitet von Intentionszittern, oder auch von Zittern, das selbst in der Ruhe besteht; man beobachtet ferner choreatische, ataktische, athetotische Bewegungen. Endlich kommen mehr oder minder allgemeine Convulsionen, Contracturen, Atrophien vor. Nur selten ist die Sensibilität intact, meist findet man erhebliche Störungen: Schmerzen, Hyperästhesie, Anaesthesie. Blase und Rectum sind gestört. Von Beri-beri, alkoholischen und dysenterischen Lähmungen lassen sich die Malarialähmungen meist gut scheiden, schon durch ihren Beginn. Im Rückenmark findet man Congestion, Oedem, weisse oder rothe Erweichung und Haemorrhagien. In den letzten Fällen tritt oft direkt der Tod ein. Sonst sind diejenigen von schlechter Prognose, in denen sich rasch ausgedehnte Muskelatrophie zur Paraplegie gesellt. Chinin in hohen Dosen (3—5 gr. täglich) heilt die schweren Malariaanfälle, wie auch die leichten Lähmungen; bei den schweren mit Atrophie verbundenen Lähmungen nützen manchmal Arsenik, sowie der faradische Strom. Solanin wird in den Fällen empfohlen, wo das Zittern lang anhält. Wo heftige Schmerzen und leichte Atrophien bestehen, wendet man mit Nutzen die pointes de feu an. Strauscheid.

---

90) **W. Uhthoff** (Berlin): Untersuchungen über die bei multiplen Herdsklerosen vorkommenden Augenstörungen. (Arch. f. Psych. XXI p. 55. u. 303.)

Das Referat möge sich darauf beschränken nur die wichtigsten thatsächlichen Resultate der sehr eingehenden und mühevollen Untersuchungen wiederzugeben. An 100 Kranken mit multipler Sklerose wurde das Verhalten des Gesichtssinns in allen Qualitäten ophthalmoscopisch, allgemein

klinisch und wo möglich pathologisch-anatomisch geprüft. Zahlreiche Tabellen, Gesichtsfeldaufnahmen und mikroskopische Bilder illustriren die einzelnen Befunde.

Von den *sieben* zur *Section* gekommenen Fällen wurden 5× anatomische Veränderungen nachgewiesen, und zwar im Wesentlichen folgender Art: der (im N. opticus) gewöhnlich beobachtete *proliferirende Prozess* betrifft in erster Linie die feineren bindegewebigen Elemente zwischen den Nervenfasern innerhalb der grösseren Maschenräume (starke Kernwucherung!) in zweiter Linie die grösseren Septen und die innern Sehnervenscheide. Die *Atrophie* der *Nervensubstanz* ist erst secundär, und zwar zerfallen die Markscheiden schnell und mehr oder weniger vollständig, dagegen bleiben die Axencylinder vielfach dauernd erhalten. Die *feineren Gefässe* finden sich oft vermehrt und erweitert, ihre Wandungen verändert und es besteht Kernwucherung auch in der Umgebung. Eigentliche Obliteration ist selten. Ob diese Gefässveränderung primär stattfindet, ist unsicher. — Secundäre Degeneration der Opticusfasern von einem Krankheitsherde aus wird auffallender Weise häufig vermisst. — Trotz ausgedehnter atrophischer Veränderungen kann der ophthalmoskopische Befund vollkommen negativ bleiben und ist auch in positiven Fällen wenig prägnant*). Die Nervenfasern der Papille und Netzhaut sind relativ gut erhalten, ebenso die Ganglienzellenschicht. — Im Ganzen steht die Sehnenveränderung bei multipler Sklerose zwischen der primären tabischen Atrophie und der Sehnervenatrophie nach Leitungsunterbrechung einerseits und der eigentlich interstitiell neuritischen Atrophie andrerseits. —

I. Ophthalmoskopisch wurden 48× vollkommen normale Verhältnisse constatirt. — Dagegen waren vorhanden: Ausgesprochene Atrophia nervi optici: 3 mal. — Unvollständige atrophische Verfärbung der ganzen Papillen: 19 mal. — Partielle atrophische Verfärbung der temporalen Papillentheile: 18 mal. — Neuritis optica: 5 mal. — Cataracta progressiva, alte Hornhauttrübung, hintere Synechien: je 1 mal. — Angeborene Anomalien des Auges: 4 mal. —

II. Verhalten des Gesichtsfeldes. — Centrales Scotom mit freier *Gesichtsfeldperipherie*: 13 mal. — Centr. Scotom mit gleichzeitiger peripherer Gesichtsfeldbeschränkung: 2 mal. — Unregelmässige periphere Gesichtsfeldbeschränkung: 8 mal. — Regelmässige concentrische Gesichtsfeldbeschränkung: 1 mal. — Von diesen 24 Fällen waren die Hälfte halbseitig. —

III. Augenmuskellähmungen: Parese des Abducens: 6 mal. — Des Oculomotoris: 3 mal. — Blicklähmungen (associirte Bewegungen): 3 mal. — Parese der Convergenz: 3 mal. — Ausgesprochene isolirte Ophthalmoplegia externa: 2 mal. —

IV. Nystagmus: 12 mal. — Nystagmusartige Zuckungen: 46 mal. —

V. Verhalten der Pupillen. Reflectorische Starre mit Myosis (doppelseitig): 1 mal. — Myosis mit erhaltener aber sehr geringer Reaction auf Licht und Convergenz: 4 mal. — Lichtreaction sehr herabgesetzt ohne Myosis: 1 mal. — Pupillendifferenz: 3 mal. — Reaction auf Convergenz sehr gering bei relativ guter Lichtreaction: 2 mal. —

L a n g r e u t e r.

---

*) sc. bei den zur Section gekommenen Fällen.

91) **M. Morax** (Paris): Compte rendu du service ophthalmologique de M. le Dr. Parinaud, pour l'année 1888. (Archives de Neurologie. Mai 1889.)

Verf. berichtet über die von Parinaud bei der Augenuntersuchung der Kranken der Charcot'schen Abtheilung der Salpêtrière gefundenen Resultate.

Zunächst wurden 79 Hysterische untersucht, nämlich 49 Frauen und 30 Männer. Die grosse Zahl der letzteren ist dadurch bedingt, dass man gerade die männliche Hysterie genauer studiren wollte. Man fand bei den Hysterischen Amblyopie, Einengung des Gesichtsfeldes, Dyschromatopsie, monoculare Polyopie und Mikromegalopsie (worunter eine Verkleinerung oder Vergrösserung des Objektes zu verstehen ist, je nachdem man es vom Auge entfernt oder es demselben nähert), endlich Augenmuskelstörungen und zwar sowohl Contracturen wie Lähmungen.

In 8 Fällen war die hysterische Amaurose auf ein Auge beschränkt, in 4 Fällen beobachtete man Augenmuskelstörungen und zwar einmal eine „Divergenzlähmung", einmal eine conjugirte Lähmung der abducentes, einmal eine unvollkommene und einmal eine vollkommene hysterische Ophthalmoplegie; letztere besteht darin, dass die Kranken keine willkürliche Augenbewegungen machen können, während die reflectorischen und unwillkürlichen Bewegungen ziemlich leicht von Statten gehen.

Sehr interessant sind 9 Beobachtungen, wo Hysterie mit anderen Nervenkrankheiten wie Tabes, multiple Sclerose, Syphilis, Friedreich'sche Krankheit, Alkoholismus verbunden ist, und Augenstörungen vorhanden sind, die zum Theil jener, zum Theile diesen eigenthümlich sind. Bei 35 Fällen von Tabes dorsalis fand man nur die allbekannten Augenstörungen.

Unter den bei multipler Sclerose (2 Fälle) beobachteten Störungen steht in erster Reihe der Nystagmus, der regelmässig mit einer Einschränkung der Bewegungsbreite, einer Parese der associirten Bewegungen und häufig mit transitorischer Diplopie verbunden ist. Die Pupillen reagiren, auch wenn Myosis besteht. In einem grossen Theil der Fälle ist der Optikus intact. Manchmal verringert sich die Sehkraft sehr rasch, ja es kann vollkommene Blindheit eintreten, die aber vorübergeht; derartige Anfälle von Amblyopie können sich wiederholen, dabei beobachtet man eine atrophische Blässe der Papille. In anderen Fällen entwickelt sich langsam eine Opticusatrophie, die aber nach Charcot's Erfahrungen nie zu völliger Erblindung führt.

Ausserdem werden noch 12 verschiedene sonstige Nervenkrankheiten erwähnt, die von Augenstörungen begleitet waren. In einem Falle von Akromegalie beobachtete man beiderseitige Stauungspapille. In einem Falle von Dementia paralytica beobachtete man neben rechtseitiger Hemiplegie auch Hemianopsie und Wortblindheit, während in einem Falle von linksseitiger Hemiplegie und Hemianopsie wie gewöhnlich Aphasie und Wortblindheit fehlten.

Zum Schlusse sei noch ein Fall von angeborener Ophthalmoplegia externa erwähnt bei einem 19jährigen Mädchen, das ausserdem noch an Somnolenz, Polyurie und Salivation litt. Strauscheid.

92) **A. Adamkiewicz** (Krakau): Ueber das Verhalten der Nervenkörperchen im kranken Nerven. (Arch. f. Psych. XXI. 2. p. 628.)

Verf. hat weitere Forschungen über die von ihm vor 3 Jahren beschriebenen „*Nervenkörperchen*“ angestellt. (Die N. sitzen zwischen Mark und Schwann'scher Scheide in markhaltigen Nervenfasern des erwachsenen Menschen). Er fand, dass dieselben bei pathologischen Prozessen gleichzeitig mit den Nervenfasern verkümmern und zu Grunde gehen (nicht etwa erst entstehen oder vermehrt werden), und schliesst daraus, dass diese Nervenkörperchen *physiologische Elemente* sind — (deren Lebensschicksale speziell von der Markscheide abhängen). Langreuter.

---

93) **P. Blocq** (Paris): D'une forme particulière de troubles nerveux des extrémités superieures. (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. 1. 1889.)

Verf. theilt aus der Charcot'schen Klinik 4 Fälle von doppelseitiger Neuritis des Ulnaris, die in allen Fällen ganz gleiche Erscheinungen hervorgerufen hatte. Die Affection betraf nur Vorderarm und Hand; sie begann meist auf der rechten Seite und befiel erst später auch die linke. Im Anfange bestehen Schmerzen, Paraesthesien, später stellt sich eine atrophische Lähmung (EAR) mit Anaesthesie ein, und endlich kann es zu trophischen Störungen kommen. Eine Ursache liess sich in den genannten Fällen nicht finden, weder Heredität noch Ueberanstrengung bei Beschäftigung. In Bezug auf letzteres Moment glaubt Ref., dass in solche Pat., die ja nicht allzu selten sind, oft die Ueberanstrengung als Ursache ihrer Affection hinein examinirt wird, wodurch dann alle weiteren Untersuchungen über das Wesen der Krankheit abgeschnitten werden.

Des weiteren theilt Verf. 3 Fälle von einseitiger Neuritis ulnaris mit, in denen wenigstens eine Ursache (Heredität, Trauma) nicht ganz ausgeschlossen werden kann.

Dass es sich in allen Fällen nur um eine periphere Neuritis handeln kann, ist nach der Beschreibung unzweifelhaft. Die Aetiologie dieser und ähnlicher Affectionen näher festzustellen muss der weiteren Untersuchung vorbehalten werden. Strauscheid.

---

94) **N. Obolensky**: Bluzhdajuschtschi nerw i grudnaja zhaba. (Vagusaffection bei Angina pectoris.) (Wratsch 1887 Nro. 41 und 42.)

Der Kranke wird aufgenommen mit Herzklopfen, Dyspnoe, Schmerz in der Sternal-Region und Thoraxwänden, in den Armen; die Beschwerden treten periodisch auf, steigern sich beim Umhergehen. Während der Anfälle bestand Angstgefühl, Cyanose der Hände und Lippen; der n. vagus im Halstheil äusserst druckempfindlich.

O. nahm eine primäre syphilitische Affection des vagus an; eine specifische Behandlung ergab schnell völlige Heilung wodurch der Fall wohl als ein Unicum characterisirt ist. Kurella.

---

95) **R. Thomsen** (Bonn): Zur Klinik und pathologischen Anatomie der multiplen Alkoholneuritis. (Arch. f. Psych. XXI. 3. p. 806.)

Verf. fügt dem Beobachtungsmaterial der *Alkohol-Neuritis* als deren wesentliches Substrat nach heutigem Standpunkt eine Degenerations-Atrophie der peripheren Nerven gilt — drei neue Fälle hinzu, von deren besonders die beiden letzteren zeigen, dass weder die Symptomatologie dieser Krankheit eine absolut eindeutige, noch dass die post-mortem-Diagnose eine durchaus zweifellose ist. — Es handelt sich in allen drei Beobachtungen um Potatoren. Der *erste Fall* stellt eine schwere, rasch und tödtlich verlaufende *Neuritis* mit vorwiegend *paralytischen Symptomen* dar, und bei der Section wurde *Degeneration* der meisten *peripheren Nerven* gefunden. — *Dasselbe Sectionsresultat* ergab die *zweite Beobachtung*, trotzdem intra vitam nach Auftreten, Verlauf und Dauer des Leidens die *Diagnose* auf *Tabes dorsalis* gelautet hatte; und im *dritten Falle* unterlag mit Rücksicht auf Ausbruch der Krankheit, raschen Verlauf und typisches Verhalten der Symptome die *Diagnose* der *„acuten Alkoholneuritis“* keinem Bedenken, während der Sectionsbefund ein gemischter war: allerdings eine geringe atrophische *Degeneration der Extremitäten-nerven*, aber auch Veränderungen in der *Medulla oblongata* im Wesentlichen in einer Entartung des Vagus-Kerns und Blutungen in der Oculomotoriusgegend bestehend. Langreuter.

---

96) **Julius Donáth**: Ueber die Hutchinson'sche Ophthalmoplegia interna. (Gesellschaft der Aerzte in Budapest.) Sitzung vom 22. März 1890.

Der Ausdruck „Ophthalmoplegie“ wurde im *heutigen* Sinne zuerst vom englischen Augenarzte Jonathan Hutchinson im Jahre 1878 gebraucht. Von ihm stammt die hieher gehörige Nomenklatur, welche von Mauthner etwas abgeändert wurde. Wir sprechen von *Ophthalmoplegie*, wenn entweder an *einem* Auge die von verschiedenen Nerven versorgten Muskeln gelähmt, oder wenn an *beiden* Augen Muskellähmungen vorhanden sind, in letzterem Falle gleichviel ob gleichnamige oder verschiedennamige Nerven getroffen sind. Bei der *Ophthalmoplegia externa* beziehungsweise *interna* (nach Mauthner richtiger *exterior*, beziehungsweise *interior*) sind die *äusseren*, bezw. die Binnenmuskeln des Augapfels gelähmt. Aus diesem Grunde ist es richtiger, die Lähmung des Sphincter iridis und M. ciliaris, welche von demselben Nerven, dem Oculomotorius, innervirt werden, nach ihrem eigenen Namen zu bezeichnen, als nach dem von H. gebrauchten Ausdruck *Ophthalmoplegia interna*, welcher nur für jene selteneren Fälle zur Anwendung käme, wenn *beide* Nerven der Binnenmuskeln, also auch der Sympathicus, gelähmt wären.

Vortr. erörtert, dass der Sitz der Ophthalmopl. interior nicht in den Muskeln gesucht werden kann, auch nicht im Stamm des Oculomotorius, sondern nur in dessen *Kernen*.

Die gleichzeitige Lähmung des Accomodationsmuskels und des Sphincter iridis, unabhängig von den übrigen Oculomotoriuskernen, wird durch die von Heubner festgestellte *anatomische* Thatsache erklärt, dass diese beiden Kerngruppen von einer besonderen Arterie ernährt werden, nämlich von dem aus der Arteria vertebralis stammenden *Ramus communicans posterior*, dessen Gefässbezirk sich *nicht nach hinten* in die *übrigen* Oculomotoriuskerne erstreckt.

Nach Uhthoff spielen bei Lähmung des M. ciliaris und sphincter iridis unter den *bekannten* Ursachen die hauptsächlichste Rolle: Syphilis, Tabes und Dementia paralytica.

Die vom Vortragenden beobachteten Krankheitsfälle sind folgende:

1. S. D., 36 Jahre alt, Buchhalter, präsentirte sich zuerst am 26. Nov. 1885. Lues wurde geleugnet, ist auch nicht nachweisbar. Am 16. Nov. trat Schlechtsehen am linken Auge auf; es wurde Folgendes constatirt: „*Rechtes* Auge ganz normal; *links* vollständige Accomodations- und Sphincterlähmung. Sehschärfe und ophthalmoskopischer Befund beiderseits normal.“ Die Erweiterung ist keine maximale. Durch Pilocarpin-Einträufelung wird die l. Pupille so eng wie die rechte, ohne dass die Accomodation dadurch hergestellt würde. Das Auge wird faradisirt (Elektroden am Nacken und am geschlossenen Auge). Die Pupille beginnt von da ab sich zu verengern, was am 14. Dec. schon sehr auffällig war. Am 23. Dec. wurden 8 Gm. Jodkalium verordnet.

8. Jan. 1886. Beide Pupillen gleich, was der Kranke schon vor einigen Tagen wahrgenommen hat. Es ist bemerkenswerth, dass trotz der Gleichheit der Pupillen *links* noch keine Lichtreaction ist; *rechts* ist dieselbe träge. (Im weiter unten folgenden Falle zeigt sich gleichfalls die Lichtreaction später als die Pupillenverengung.) Accomodationslähmung unverändert. 11. Jan. Pat. klagt über das bisher gesund gebliebene *rechte* Auge; *Sphincterlähmung bei intacter Accomodation.* 13. Jan. Pat. bemerkt am Morgen, dass die Buchstaben beim Zeitungslesen auseinander fliessen; *Accomodationsparese.* Nach Dr. Goldzieher wird + $^1/_{36}$ zum Lesen benöthigt. *Links* dagegen ist die Accomodation schon *so weit gebessert,* dass Pat. mit schwachen Convexgläsern liest. 5 Tage darauf: *Rechts* fast vollständige Accomodationslähmung, unterdessen erfolgt *links nach Besserung der Sphincterlähmung auch die der Accomodation,* also in derselben Reihenfolge, in welcher am andern Auge die Lähmungen erfolgten. Krankheitsdauer ungefähr 8 Wochen.

Nach mehr als 4 Jahren sah D. den Kranken wieder. *Die Pupillen sind lichtstarr* und reagiren selbst bei Lampenlicht und focaler Beleuchtung nicht; nur die r. Pupille zeigt bei letzterer Untersuchungsmethode eine minimale Reaction. Uebrigens keine psychischen, cerebralen oder andere spinalen Erscheinungen.

2. M. R., 30 J. alt, Buchhalter, präsentirte sich am 2. Juli 1889. Syphilitische Erscheinungen waren nicht vorhanden. Vor 8 Tagen Schlechtsehen am l. Auge. Befund: „Beide Augen emmetropisch, zeigen volle Sehschärfe. *Rechts* Nahepunkt in $5^1/_2$“, *links* mit + $^1/_{10}$“ Glas in $6^1/_2$“ (oder ohne Glas berechnet in 18“). Von der Accomodation fehlt daher + $^1/_{18}$ Brechkraft oder 4.75 Dioptrien. Ausserdem links an der äussersten Grenze des Sehfeldes gekreuzte Doppelbilder.“ Pat. selbst hat übrigens nie über Doppelsehen geklagt. Schon am zweiten Tage der Faradisation fing die Pupille an sich zu verengern und auch Pat. fühlte eine Besserung.

14. Juli. Jodkalium verordnet, zusammen 32 Gramm. Pupille enger, aber auf Licht noch nicht reagirend. Pat. bemerkt, dass *Morgens die Pupille enger ist als im Laufe des Tages,* wahrscheinlich weil der paretische Sphincter leicht ermüdet. *Auf Sonnenlicht geringe momentane Reaction, nicht aber auf Convergenz.* 23. August. Lebhafte Lichtreaction; das Schreiben

geht viel leichter, aber gegen Abend ermüdet das Auge. **11.** Nov. fast normale Accomodation (doch dauert es einige Zeit, bis Pat. den feinsten Druck ausnimmt); zeitweilig Hippus. Da Pat. ohne Glas Augenschmerzen bekommt, gebraucht er es weiter. 24. Nov. Keine Schmerzen mehr, aber das Augenglas kann nicht entbehrt werden. 1. Okt. Entlassen.

Sieben Monate später (3. März 1890) sah D. den Kranken wieder. Er muss das Augenglas bei der Arbeit stets gebrauchen, sieht aber gut in die Ferne. Pupillen gleich auf Licht und Convergenz reagirend. Zuweilen Jucken im Auge; keine Spur eines centralen Leidens.

Aus Obigem geht hervor, 1. Dass die Lähmung des Sphincter iridis und M. ciliaris *(Ophthalmoplegia interna Hutchinson)* stets nuclear ist; 2. bezüglich der *Therapie* stehen in erster Linie Jodkalium und Elektricität (die Myotica Pilocarpin, Eserin zeigen nur geringe flüchtige Palliativwirkung) und 3. die *Prognose* muss reservirt gehalten werden, mit Rücksicht auf die Möglichkeit, dass noch nach Jahren schwere centrale Leiden auftreten können.

Kurella.

---

97) **W. Noyes** (New-York): A case of lateral hemianopsia with autopsy. (Journal of nervous and mental disease Juni 1889.)

Bei einem 52jährigen Manne trat nach einem heftigen Migräneanfall plötzlich linksseitige Hemianopsie und nach einigen Stunden völlige Blindheit ein; letztere verschwand aber bald wieder und nur die Hemianopsie persistirte. Später hatte Pat. noch mehrere Anfälle, in welchen zumal die Sprache und die rechte Körperhälfte litt; allmählig entwickelte sich darnach ein Zustand von Demenz. Pat. starb in einer Irrenanstalt. Bei der Autopsie fand man schon äusserlich sichtlich eine beträchtliche Atrophie des rechten Cuneus. Das Gehirn wurde nicht weiter aufgeschnitten, sondern ganz gehärtet, um später genauer untersucht zu werden. Strauscheid.

---

98) **R. Wollenberg** (Berlin): Zwei Fälle von Tumor der hinteren Schädelgrube. (Arch. f. Psych. XXI. 3, p. 678.)

I. Ein Hühnerei-grosses *Gliosarkom* des basalen Theiles des *rechten Hinterhauptslappens* hatte bei einer Frau von 61 Jahren neben anderweitigen Ausfalls- und Reizerscheinungen eine reine *linksseitige homonyme Hemianopsie* hervorgerufen.

II. Ein Pflaumengrosses *cystöses Gliosarkom* an der unteren Fläche der linken *Kleinhirnhemisphäre* erzeugte bei einer 39jährigen Frau an characteristischen Kleinhirn-geschwulst-symptomen: Störung des *Körpergleichgewichts*, *Schwindelgefühl*, intensiven *Kopfschmerz* und *Nackensteifigkeit*. Die anderweitigen Erscheinungen intra vitam (s. d. Original!) waren theils durch Druck und Stauung, theils durch gleichzeitig vorhandene beiderseitige Degeneration der Hinterstränge und der aufsteigenden Trigeminuswurzel bedingt. —

In beiden Fällen war die Diagnose gestellt worden. —

Langreuter.

---

99) **Laufenauer**: Ueber 5 Fälle von Chorea gravis, mit Demonstration von patho-histologischen Präparaten. (Gesellschaft der Aerzte in Buda-Pest.) — Sitzung vom 19. April 1890. —

L. hat auf seiner Abtheilung, abgesehen von der Ambulanz, im Laufe von 8 Jahren 17 Fälle von Chorea beobachtet; unter diesen sind 5 *gestorben*, u. zwar unter Erscheinungen, die nur einer die Chorea hervorrufenden Diathese oder nach neuerer Anschauung einer *Infection durch Mikroben* zugeschrieben werden können. Die aetiologischen Verhältnisse blieben dunkel, u. zwar hauptsächlich darum, weil die Kranken aus andern Abtheilungen zumeist in bewusstlosem Zustande gebracht wurden. Das hereditäre Moment war, insofern man es überhaupt eruiren konnte, nicht ungünstig. Die Krankheitsdauer war sehr kurz: 8, 9, 12, 14 und 30 Tage. Der Tod erfolgte zumeist am 2. und 3. Tage des Aufenthalts auf L.'s Abtheilung.

Das Krankheitsbild der letalen Fälle war das folgende. Der Kranke mag sitzen, stehen oder gehen, stets zeigen sich die intensivsten Muskelkontraktionen u. zwar sowohl bei Tag, als auch bei Nacht. Die Muskeln des Kopfes und Gesichtes, die oberen und unteren Extremitäten sind in kontinuirlicher Bewegung, Pat. nie in Ruhe, die Sprache wird stotternd, unverständlich. Die Muskelkontractionen sind so intensiv, dass sich Pat. stets auf dem Fussboden herumwälzt, und seine Haut vollständig abschindet, wenn er nicht vorsichtig im Bette oder auf einer Matratze fixirt wird. Das Gesicht ist geröthet, die Pupillen ungleich, die Zunge trocken, Puls und Athmung excessiv beschleunigt, so dass eine Untersuchung kaum durchführbar ist. Secessus involontarii; Pat. ist geistig gestört, das Bewusstsein getrübt; es bestehen Hallucinationen und Illusionen; eine klare Antwort ist kaum erhältlich. Während der Steigerung all dieser Symptome geht der vollständig collabirte Pat. zu Grunde. Bei der Section findet man makroskopisch grosse Hyperämie, u. zwar sowohl in der Rinde, als auch in den subcortikalen Ganglien: am characteristischesten ist die im ganzen Centralnervensystem nachweisbare acute Encephalitis. Im Herzen ist nahezu immer acute und chronische Endocarditis zugegen. L's Untersuchungen sprechen für die Annahme diffuser Irritations-Processe, indem er in seinen untersuchten 3 Fällen in sämmtlichen Schichten der Rinde eine diffuse rundzellige Infiltration fand. Zerstreut finden sich auch geringe capillare Blutungen; das ganze Centralnervensystem zeigt mikroskopisch die stärkste Injection; auch die basalen Ganglien sind infiltrirt. In einem Falle sind im 1. und 2. Gliede des Linsenkernes die zuerst von Flechsig beschriebenen hyalinen Körper nachweisbar, die jedoch mehr den Eindruck von amyloiden Concretionen machen; auch die Nervenkerne des verlängerten Marks sind ergriffen. In einem Falle zeigen die hinteren Rückenmarkstränge eine Veränderung; den normalsten Befund ergiebt das Kleinhirn.

In Hinblick darauf, dass die idiopathische Chorea gewöhnlich nach infectiösen Krankheiten (Rheumatismus, Scarlatina) auftritt und auf den diffusen encephalitischen Process, der die verschiedensten histologischen Befunde ergiebt, kann es nach L. kaum einem Zweifel unterliegen, dass die idiopathische Chorea eine subchronische, aber manchmal ganz akut verlaufende infectiöse Krankheit ist, die durch den Mikroben des Rheumatismus und der mit diesem wahrscheinlich identischen Endocarditis erzeugt wird, indem derselbe in das Centralnervensystem eindringt. Diese Auffassung erklärt die verschiedenen

Krankheitsbilder und die variablen anatomischen Befunde, andererseits auch die eventuellen und sehr häufigen Genesungen, da es unwahrscheinlich ist, dass histologische oder Ernährungsstörungen einer mildern Infection nicht heilen sollen. In den allerschwierigsten Fällen ist die Prognose ungünstig, der therapeutische Eingriff aussichtslos. K.

---

100) **N. M. Popow** (Warschau): Ob ismjenenij nerwnych jader na dnie tschetwertawa zheludotschka pri ssabatschem bjeschenstwie. (Veränderungen der Nervenkerne der Rautengrube bei Lyssa.)

(Kowalewskij's Archiv. 1890 Bd. XV. Nro. 2. p. 54.)

Ein 40 jähriger Mann stirbt am 21. VI. 89., nachdem er 32 Tage vorher von einem tollen Hunde gebissen war, an Lyssa. Section ergab: „Hyperaemia pulmonum, hepatis et renum, hyperaemia durae et piae cerebri et medullae spinalis, hyperaemia substantiae cerebri“.

Das Gehirn wurde in Müller'scher Flüssigkeit gehärtet, die Schnitte mit Carmin gefärbt.

P. fand nun wesentlich die Kerne der motorischen Nerven in Pons und Oblongata verändert, und zwar waren die Ganglienzellen atrophisch und reich an gelb-braunen Pigmentkörnern; auch der motorische Trigeminuskern zeigte diesen Zustand, während die sensibeln Kerne in ähnlicher Weise, aber viel geringerer Intensität afficirt waren. Kurella.

---

101) **Ch. Féré** (Paris): Note sur l'état des forces et sur le tremblement chez les épileptiques après les attaques. (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière 1. 1889.)

Verf. hat mit Hülfe des Verdin'schen Dynamographen nachgewiesen, dass bei den Epileptikern nach dem Anfalle eine Abnahme der Muskelkraft besteht und zwar am stärksten in den am meisten vom Krampfe betroffenen Muskeln. Zugleich konnte er nach dem Anfall ein Zittern constatiren, das er auch graphisch nachweisen konnte.

In Fällen von Hemiathetose bei Epileptikern wies er nach den Anfällen eine Verstärkung der Bewegungen nach, die sich übrigens auch durch mechanische Muskelreize, durch spontane Muskelanstrengungen sowie durch sensorielle Erregungen hervorrufen liess. Die Hemiathetose erstreckt sich übrigens auch, wie die Aufnahme einer pneumographischen Curve lehrt, auf die Thoraxmuskulatur; während der Expiration findet man Saccaden.

Strauscheid.

---

102) **Clarence King** (Machlas N. Y.): Neurotic or hysterical fever.

(The Medic. Record. 18. Juli 1889.)

Es scheint durch verschiedene Beobachtungen sicher gestellt, dass Nervöse (hysterische) zu Zeiten abnorme Temperatursteigerungen zeigen können, die ihren Grund lediglich in der Nervenerkrankung haben. Verf. erzählt einen einschlägigen Fall. Allerdings handelte es sich um eine Puerpera; da jedoch dem 1. Anfalle von Temperatursteigerung bis auf 40° — derselbe

trat 10 Stunden nach der Entbindung ein und dauerte einige Tage — nach 3 Wochen ein zweiter, nach 6 Wochen ein dritter folgte, ohne dass jemals eine besondere Organ-Erkrankung nachzuweisen war, die Patientin auch früher schon nach der Geburt eines Kindes ähnliche Anfälle gehabt hatte, so ist wohl die Diagnose einer Temperatursteigerung durch „acute Nervosität" gerechtfertigt. Voigt.

---

103) **A. Pick** (Prag): Zur Klinik der epileptischen Bewusstseinsstörungen, zugleich ein Beitrag zur Therapie der Reflexepilepsie.

(Zeitschrift f. Heilkunde, Bd. X.)

J. F. erlitt im 21. Lebensjahre in der Schlacht bei Komora eine Verletzung an der Stirn über dem linken Augenbrauenbogen, wovon er eine grosse Narbe zurückbehielt. 5 Jahre später hat er nach einer grösseren Marschübung eigenthümliche Anfälle von Bewusstseinsstörung bekommen, die bis jetzt, wo Pat. 60 Jahre alt ist, immer wiederkehrten. Pat. gab von selbst an, dass er vor den Anfällen in der Stirnnarbe ein Gefühl habe, als ob man mit einer Hacke darauf loshauen würde. In der Klinik des Verf. zeigte Pat. nun recht häufig anfallsweise abnorme Bewusstseinszustände, Verworrenheit, Aufregung und hinterher mehr oder minder vollständige Amnesie. Veranlasst wurden diese Zustände durch psychischen Effect, zuweilen auch durch Luftzug gegen den Kopf, sie traten manchmal nach einem Ohnmachtsanfall ein, meist aber, ohne dass etwas derartiges vorausgegangen wäre. Während des Anfalls liessen sich meist verschiedene Formen von sensorisch-sensibler Anaesthesie nachweisen (Amblyopie, Gesichtsfeldeinschränkung, Anosmie, Ageusie, cutane Störungen des Tast-, Schmerz- und Temperatursinns), welche nach dem Anfalle langsam verschwanden. Die Anaesthesie erstreckte sich im wesentlichen auf die Arme und das Gesicht, war sehr verschieden ausgedehnt. In den von Anfällen freien Intervallen hatte Pat. nie einen freien Kopf, war desshalb deprimirt. Auf Rath des Verf. wurde die Narbe excidirt und seit dieser Zeit fühlt sich Pat. wohl; die Anfälle sind zwar in langen Intervallen wiedergekehrt, aber doch nur quasi abortiv. Verf. bespricht dann etwas ausführlicher seine Diagnose. Er weist auf die Schwierigkeit einer Unterscheidung zwischen Hysteroepilepsie und Epilepsie hin, sieht aber in dem Auftreten der sensorisch-sensiblen Störungen keinen Grund die Epilepsie auszuschliessen; erwähnt möge hier sein, dass Pat. ziemlich wohl das Vorhandensein von solchen Sensibilitätsstörungen wusste, was bekanntlich bei Hysterischen meist nicht der Fall ist. Eine sichere Diagnose lässt sich offenbar in einem solchen Falle nicht stellen, man kann immer nur das eine oder andere für wahrscheinlicher halten. Verf. nun nimmt hier eine epileptische Störung an.

Verf. glaubt, dass die abnorme optische Apperception der Umgebung die Störungen des Lesens und Schreibens wohl zum Theil auf der Amblyopie und der Gesichtsfeldeinschränkung beruhten; (deren Bedeutung in dieser Hinsicht ja erst kürzlich wieder durch dies Experiment von Koenig und Siemerling dargethan worden ist.) Ferner weist Verf. darauf hin, dass in einem solchen Zustande von Bewusstseinsstörung die Vorstellungen durch irgend einen Vorgang (Schmerzen an einer Stelle) in ganz bestimmter Weise

beeinflusst werden können, genau wie man das bei Hysteroepileptischen oder bei Hypnotischen beobachtet.

Zum Schlusse hebt Verf. den günstigen Erfolg der Narbenexcession hervor, trotzdem Pat. schon 40 Jahre krank war; er glaubt man müsse diese ungefährliche Operation immer machen, wenn, wie in diesem Falle, die Aura so deutlich dort ihren Sitz hat. Strauscheid.

---

104) **Althaus** (London): Suspension for locomotor ataxy.

(The British medical journal. 19. Oct. 1889.)

Verf. tritt gegen Dr. Churton auf, der nach einem durch Suspension ungünstig beeinflussten Fall dies ganze Verfahren verwarf. Er tadelt zugleich dessen Verfahren, einen Pat. schon zum ersten Male 5 Minuten hängen zu lassen. Er selbst lässt zunächst nur $1/2$ Minute, zum 2. Male 1 Minute, später 2,3 Minuten, dann mit Unterbrechung von einigen Minuten 2+2 Minuten die Procedur vornehmen.

Etwas genauer berichtet er einen Fall eines 56 jährigen Mannes, der seit über 4 Jahren an Tabes dorsalis leidet, die sich immer verschlimmerte trotzdem alle möglichen therapeutischen Maassnahmen mit grosser Ausdauer angewandt wurden. Pat. konnte schliesslich weder Arme noch Beine mehr gebrauchen. Auch bei diesem wandte A. die Suspension in der oben beschriebenen Weise an und erzielte nach 33 maliger Suspension nicht nur ein Schwinden aller subjectiven, sondern auch aller objectiven Symptome. *Die 4 Jahre lang constant fehlenden Kniephanomene kehrten in normaler Weise zurück.* Es ist dies wohl bis jetzt der einzige derartige Fall. Nichts destoweniger will Verf. noch nicht behaupten, dass der Pat. auf die Dauer vollkommen von seiner Rückenmarkskrankheit geheilt sei. Strauscheid.

---

105) **William Morton** (New-York): Suspension-treatment of locomotor ataxia and other diseases of the nervous system, with remarks and a illustrative case. (Suspensions-Behandlung der Tabes dors. und and andere Krankheiten des Nervensystems, nebst Bemerkungen und einem erläuternden Falle.)

(The Medic. Record. 13. April 1889.)

Verf. erwähnt die Erfolge der Hängemethode, insofern er bei allen seinen in dieser Weise behandelten Patienten (6 Tabiker, die über 200 Mal aufgehängt wurden und zwar jedesmal einen Tag auf den andern $1/2$—3 Minuten lang) mehr weniger bedeutende Besserung, namentlich rücksichtlich der Schmerzen, der Ataxie und der Impotenz eintreten sah. In einem Falle verursachte das Hängen Krampf der Nackenmuskeln, in einem zweiten „vermehrte Hyperästhesie in gewissen grossen Hautpartien". (Ref.. war mit dieser Methode nicht annähernd so glücklich; im Gegenteil in den meisten Fällen trat gar keine Besserung ein und von einer grossen Zahl Kranker, die von ihren Aerzten schon mit jener Methode behandelt waren, wurde ihm Gleiches berichtet.) Voigt.

---

106) **Edward Waitzfelder** (New-York): Suspension in the treatment of locomotor ataxia. (Ueber das Hängen bei der Tabes.) (The Med. Rec. 8. Juni 1889.)

Kurze Anführung von 6 Fällen (meist Tabiker), in denen sämmtlich die Hängemethode angeblich subjective und objective Besserung, namentlich in Bezug auf die Ataxie und Schwäche der Beine brachte. Voigt.

---

107) **M. D. James Ross**: On the psychical disorders of peripheral neuritis. (Journal of mental science XXXVI. April 1890. pag. 159 ff.)

Eine in sich nicht ganz abgeschlossene, aber in ihren Einzelheiten von feiner Beobactungsgabe zeugende Schilderung des abnormen Geisteszustandes, wie er sich im Anschluss an toxisch begründete Neuritiden, speciell an die auf alcoholischer Basis entstandenen, zu entwickeln pflegt.

Verf. nimmt an, dass mit der multiplen peripheren Neuritis eine gewisse Hirnveränderung einhergeht, die ihrem zeitlichen Verlaufe nach unter vier allerdings nicht ganz scharf von einander abgegrenzten Formen klinisch in Erscheinung zu treten vermag. Er schildert zunächst ein Prodromalstadium mit psychischer und sensorieller Reizbarkeit, die sich selbst bis zu vereinzelten Sinnestäuschungen steigern kann und die bei labilen Andeutungen von Grössenwahn einen ausgeprägten Egoismus bei schnellern Verluste altruistischer Gefühle erkennen lässt. Dann folgt ein Depressionszustand, in welchem Verf. mit vollem Rechte als besonders characteristisch für Alcoholismus eine eigenartige Schlaflosigkeit oder richtiger Furcht vor Schlaflosigkeit und eine unmotivirte Menschenscheu hervorhebt. Später pflegt sich ein Erregungszustand mit expansiven oder depressiven Wahnvorstellungen und mit schreckhaften Sinnestäuschungen anzuschliessen; Beeinträchtigungsideen betreffend Untreue der Frau, Verhöhnungen seitens der Bekannten, Verfolgungen seitens der Polizei und des Gerichts geben diesem Zustande ein oft pathognostisches Gepräge. Der Uebergang in das vierte Stadium, in terminalen Blödsinn, vollzieht sich oft durch Vermittelung eines intercurrent ausbrechenden Delirium tremens oder epileptischer Convulsionen. Höchst auffällig ist die hochgradige Unorientirtheit in Bezug auf Raum und Zeit, wie sie bei derartigen Blödsinnigen oft neben anscheinender Klarheit des Ideenablaufes zu beobachten ist.

Eine interessante Studie über den Character des Fergus Mac Ivor, eines Helden W. Scott's aus dem Romane Waverley, ist in die sehr beachtenswerthe Arbeit des Verf. verflochten. Sommer.

---

108) **S. S. Korsakow** (Moskau): Ueber eine besondere Form psychischer Störung, combinirt mit multipler Neuritis. (Arch. f. Psych. XXI. 3. p. 669.)

Unter dem Namen „Psychosis polyneuritica“ oder „Cerebropathia psychica toxaemica“ beschreibt Verf. eine Art von Erschöpfungspsychoneurose — bei welcher zugleich mit den Erscheinungen einer multiplen Neuritis (meist auf alkoholistischer Basis) ein Zustand von leichter Verwirrtheit, Vergesslichkeit, Erinnerungstäuschungen und zuweilen Hallucinationen auftreten soll; das Krankheitsbild wird vervollständigt durch einen allgemeinen Marasmus und nimmt nicht selten einen tödtlichen Ausgang.

Langreuter.

---

109) P. A. Troizkij (Warschau): Alkogolnij automatism. (Alkoholischer Automatismus.) (Kowalewskij's Archiv. XV. 2. p. 80. 1890.)

Der Fall betrifft einen 35 jährigen Hauptmann, Trinker, der — nicht zum ersten Mal — mit Delirium tremens ins Warschauer Garnisonlazareth aufgenommen wurde.

Nach einer Woche gingen alle Krankheitserscheinungen zurück, und der Officier erzählte in sehr ruhiger, glaubwürdiger Weise T. folgende Geschichte:

Die letzte Zeit wäre ihm an einer Verwandten, die in seinem Hause lebte, einem 14 jährigen Mädchen, eine Veränderung ihres Wesens und besonders ein eigenthümliches Verhalten gegen seine Frau aufgefallen. Durch fortgesetzte Beobachtung hätte er herausbekommen, dass seine Frau, nach seiner Meinung sexuell nicht vorwurfsfrei, das Mädchen verführt und erst ihrem eigenen Liebhaber überlassen, dann aber anderen Officieren für Geld preisgegeben hätte.

Das erzählte der Hauptmann so überzeugend, dass nichts anders übrig blieb, als auf sein dringendes Verlangen die Sache dem Auditoriat anzuzeigen.

„Am andern Tage erwachte der Kranke plötzlich und kam zu sich, wie aus einem schweren, langen Traum. Die ganze Geschichte, von Anfang bis zu Ende, zeigte sich als Wahnidee". T. subsumirt diese, forensisch gewiss wichtige, Erscheinung unter den alkoholischen Automatismus. Kurella.

---

110) H. Bircher: Das Myxoedem und die cretinische Degeneration. (Samml. klin. Vorträge Nro. 357.)

Verf. giebt eine historische Uebersicht über die seit anderthalb Jahrzehnten gemachten Beobachtungen des Myxoedems, weist an der Hand der Statistik nach, dass 60% der an Myxoedem Erkrankten im Alter von 30—50 J. befallen werden, und giebt eine descriptive Schilderung der Krankheit, aus der für uns stupides Aussehen, Herabsetzung der sensorischen und motorischen Fähigkeiten in Verbindung mit Neuralgien und Sprachstörungen nach Art der bei Bulbärparalyse auftretenden Hallucinationen, Verfolgungswahn, Demenz herauszugreifen sind. Verf. schätzt die Dauer des Krankheitsprocesses auf ca. 6 Jahre. Als anatomischen Befund constatirte Prudden Vermehrung des Bindegewebes, Abnahme des Parenchyms der Schilddrüse, gelatinöse Veränderungen an Haut und Schleimhäuten, Abnahme der Zahl der rothen Blutkörperchen und Vermehrung des Mucins in Serum und Geweben. Im Gegensatz zum gewöhnlichen Oedem sitzt, ebenfalls nach Prudden, das Myxoedem mehr oberflächlich.

Reverdin's Myxoedem opératoire und Kocher's Cachexia strumipriva nach Entfernung der Schilddrüse mit Auftreten von Schwindel, Kopfschmerz und tetanischen Krämpfen werden vom Verf. hervorgehoben und es wird gezeigt, dass nach Zurückbleiben selbst von Resten der Schilddrüse oder accessorischen Schilddrüschen kein Myxoedem auftritt. Sodann giebt Verf. die Theorien von der Funktion der Schilddrüse. Nach Schiff, Colzi, Ewald sei es ein eigenthümlicher, dem Körper unentbehrlicher Stoff, den die Schilddrüse producire, nach Horsley und Fuhr verhindert sie die Ueberschwemmung der Gewebe mit Mucin. Verf. theilt mehrere Krankengeschichten von Myxoedem mit,

von denen eine besonders interessant, weil erstens schon vor der Erkrankung an Myxoedem cretinische Degeneration bestanden hatte, zweitens vorübergehende Heilung des Myxoedems durch Transplantation von Strumagewebe in die Peritonealhöhle erzielt worden ist, während die cretinische Degeneration nicht zurückging.

Letztere von so vielen Autoren, wie Grill als „cretinoid state", von Charcot als myxomatöser Cretinismus, zu dem Myxoedem in Beziehung gebrachte Affection steht nun nach den Angaben des Verf. ausser aller Beziehung zum Myxoedem und unterscheidet sich von demselben nach Auftreten, Aetiologie und Symptomen. Die cretinische Degeneration tritt local, bei jugendlichen, besonders männlichen Individuen auf, das Myxoedem ist nicht an bestimmte Territorien gebunden und tritt meist bei Frauen mittleren Alters auf.

Der Aetiologie nach soll die cretinische Degeneration eine chronische Infectionskrankheit sein, deren Miasma aus gewissen Erdschichten mit dem Trinkwasser dem Körper zugeführt wird, während das Myxoedem auf dem Fehlen eines Organs, der Schilddrüse beruht. Das Aussehen von cretinisch Degenerirten und Myxoedematösen bietet Aehnlichkeiten; aber bei ersteren wird die Physiognomie durch Form und Stellung der basilarsynostotischen Schädelknochen bedingt, bei letzteren durch die Schwellung der Weichtheile.

Die Herabsetzung der Sensibilität und Reflexerregbarkeit, die Neuralgien finden sich bei cretinischer Degeneration so wenig wie die epileptiformen Anfälle und tetanischen Krämpfe der Myxoedematiker. Sprachstörungen, Intellektstörungen sind bei beiden Krankheitsformen vorhanden; aber während sie beim cretinisch Degenerirten aus einer Entwicklungshemmung der Centren hervorgehen, beruhen sie beim Myxoedematiker auf Ernährungsstörungen des Centralorgans. v. Decker (Al enberg).

111) **E. Kraepelin** (Dorpat): Zur Myxoedemfrage.
(Neurolog. Centralblatt 1890, Nro. 3.)

Der hier beschriebene Fall leidet an zwei, allerdings zufälligen Mängeln, einmal konnte er nur in der ersten Zeit der Erkrankung (3/4 Jahre nach den ersten Erscheinungen) und zweitens nur 18 Tage lang beobachtet werden. Viele von den Autoren als charakteristisch angeführte Symptome sind nur theilweise oder gar nicht ausgesprochen (völlig normales Verhalten der Sprache und Stimme, Fehlen trophischer Störungen an Haaren und Zähnen, die Haut trotz bedeutender Infiltrationen nicht rauh und trocken sondern glatt und stark secernirend, und was vor Allem wichtig ist, die Gl. thyreoidea ist deutlich fühlbar, ohne dass ein sicheres Urtheil über ihre Grösse möglich ist) wenngleich das Gesammtbild des Symptomencomplexes deutlich auf Myxoedem hinweist.

Für den Verlauf ist interessant, dass die ersten Erscheinungen bei der (50 jährigen) Patientin ein immerwährendes Kältegefühl neben Appetit- und Schlaflosigkeit war, wozu allmählich Schwäche und Parästhesien in den Gliedern sich gesellten. Zwei Monate etwa nach diesen Prodromalerscheinungen begann erst die Infiltration und Schwellung der gesammten Haut (welche schliesslich dem Gesicht ein eigenthümliches und characteristisches durch eine beigegebene Abbildung veranschaulichtes Aussehen gab); gleichzeitig

auf psychischem Gebiet ein Zustand von lebhafter Unruhe und Angst, zuletzt mit schreckhaften Hallucinationen verbunden, während ausser einer gewissen Langsamkeit des Denkens erheblichere Intelligenzstörungen bisher nicht eingetreten waren; abgesehen von einigen Veränderungen im Blute, von denen K. nur die deutliche Grössenzunahme der rothen Blutkörperchen als wesentlich ansieht, fand K. 2 weitere bisher nicht oder wenig beachtete Symptome 1. einen leichten vibrirenden Tremor der Finger (11 Schwingungen in der Sec.), der sich beim Ausspreitzen erheblich verstärkt und von Zeit zu Zeit (etwa alle 5 Sec.) von gröberen schüttelnden Bewegungen der Vorderarme begleitet werden (die beigegebene Zittercurve unterscheidet sich durch ihre Regelmässigkeit deutlich von der unregelmässigeren des alcoholischen Tremors) und 2. eine erhöhte mechanische Muskelerregbarkeit ausser am Vorderarm besonders im Gebiet des Facialis. Beim Beklopfen scharf umschriebener Stellen über dem Masseter tritt regelmässig eine deutliche, blitzartige Zuckung im Orbicularis oris auf. In diesen beiden motorischen Störungen sieht K. eine neue Brücke, welche von Myxoedem zur Kachexia strumipriva führt. Verf. erwähnt einen früher von ihm beobachteten Fall, der Kachexia strumipriva, wo kurz nach der Operation epileptische Krämpfe, späterhin häufig ein eigenthümlicher Pronations- und Beugungstetanus, eine ausserordentliche vasomotorische Erregbarkeit zugleich mit eigenthümlich gedunsenem Aussehen des Gesichts und der Arme auftraten und schliesslich eine sehr ausgeprägte mechanische Erregbarkeit des Facialis entdeckt wurde, ähnlich wie in diesem neuen Fall. Hoppe (Allenberg).

---

112) **Wagner R. v. Jauregg**: Ueber Osteomalacie mit Geistesstörung.
Verein der Aerzte in Steiermark. I. Monatsversammlung am 27. Januar 1890.

Im Anschlusse an eine vor Kurzem von ihm publicirte Mittheilung, in der er auf das häufige Zusammentreffen von Osteomalacie mit Geisteskrankheit aufmerksam machte und die Möglichkeit besprach, dass zwischen beiden Processen ein Causalnexus bestehen könnte, hat W. diese Frage auf der Grazer Versammlung besprochen.

Die Osteomalacie ist viel häufiger als man glaubt, sie wird nur häufig nicht erkannt! so hat der Vortragende in wenigen Monaten auf die Nervenklinik zwei Fälle bekommen, die als Myelitiden derselben zugewiesen worden waren. Diese Verwechslung wird häufig gemacht. Der Vortragende bespricht hierauf die Symptome der Osteomalacie: die spontanen Schmerzen, die Druckschmerzhaftigkeit, die Bewegungsstörung, die oft den Eindruck einer hochgradigen Paraparese macht, ferner die Verkrümmungen. Besonders interessant sind vom psychiatrischen Standpunkte aus die Verkrümmungen des Schädels. Der eine der beiden Fälle, die der Vortragende in der letzten Zeit beobachtete, gab ihm auch die erwünschte Gelegenheit, seine Ansichten über den Zusammenhang mit Geistesstörungen einer erneuerten Prüfung zu unterziehen. Bei der Patientin, welche scheinbar psychisch gesund zugewachsen war, entwickelte sich nämlich eine Geistesstörung mit dem Charakter der Paranoia; anfangs ein depressives Stadium mit Beachtungswahn, dann ausgesprochener Verfolgungswahn mit Gehörshallucinationen; in der letzten Zeit traten auch schon Andeutungen von Grössenwahn auf. Die Osteomalacie hat sich übrigens

in den letzten Wochen auffallend gebessert, resp. es ist ein Stillstand derselben eingetreten, Bei dieser Patientin entwickelte sich ausserdem im Verlaufe der Beobachtungszeit eine merkliche Formveränderung des Schädels, die Aehnlichkeit hat mit derjenigen, welche Lucae als für Osteomalacie charakteristisch beschrieben hat. Es wird dadurch die Vermuthung, dass die Veränderung der Schädelform mit dem Auftreten der Psychose in einem Zusammenhang steht, bestärkt. K.

---

113) **L. Frigerio** (Allessandria): Intorno a tre casi di alieniazione mentale consecutiva all' influenza. (Drei Fälle von Psychosen nach Influenza.)
(Rendiconti del R. Istituto Lombardo 23. fasc. 9. 1890).

1) 21 jährige, nicht praedisponirte und ganz gesunde Bäuerin, hat im Resolutions-Stadium der Infl. Hirnerscheinungen, und verfällt schnell in acute wenige Tage dauernde, Manie.

2) Kopfschmerz, Otitis media und Otorrhoe nach I. bei einer nicht prädisponirten, 33 jährigen Frau; zugleich mit der Otorrhoe religiös gefärbte Delirien, Illusionen, Hallucinationen, Associations-Störungen, Logorrhoe. Rapide Besserung in einigen Tagen.

3) Einsetzen einer acuten Manie auf der Höhe der Influenza, die mit dieser Krankheit zugleich verschwand ohne irgend eine Spur zu hinterlassen.

F. nimmt in der Epikrise an, dass diese auf nicht praedisponirtem Terrain entstandenen Psychosen infectiösen, im Blut kreisenden und fermentirenden Elementen zuzuschreiben wären. K.

---

114) **Kirn** (Freiburg): Ueber Influenzapsychosen.
(Münchner medic. Wochenschrift 1890 Nro. 13.)

K. äussert sich nach seinen Erfahrungen über Influenzapsychosen dahin, dass die Influenza bald eine Psychose *selbstständig* zu erzeugen vermöge, bald nur *den letzten Anstoss giebt* das Gleichgewicht eines abnormen Nervensystems aufzuheben oder eine in der Latenz befindliche Psychose manifest zu machen.

Als Beispiel letzterer Art nennt er aus seiner Erfahrung eines von schwerer Hysterie, sowie eines von bis dahin latenter Psychose, die beide unter dem Einfluss einer acut febrilen Influenza in ausgesprochene Psychosen übergingen. Mit Recht aber will Kirn von echten Influenzapsychosen nur da sprechen, wo die I. ein Individuum mit gesunden Nerven befällt, und den directen Anstoss zur Psychose giebt. Die blassen Fieberdelirien und die kurzen Anfälle von Aufregung und Verworrenheit (Vergl. die Fälle von Pick und Becker in der vorigen Nummer dieser Zeitschrift) will K. nicht besonders betonen, sondern nur vollkommen ausgebildete Psychosen als Influenzapsychosen gelten lassen. Als diejenige Form, welche an erster Stelle genannt zu werden verdient, nennt K. eine acut auftretende und verlaufende Psychose, welche sich als acute Manie oder acute Verwirrtheit darstellt. Als Beleg theilt K. den Fall eines 40 jährigen Potators mit, der auf der Höhe der Influenzaerkrankung am 4. Tage unmittelbar aus dem Fieberstadium (40,2 Grad) heraus in acute Verwirrtheit gerieth, während das Fieber noch in den ersten drei Tagen andauerte. Die Psychose erreichte sehr bald ihre volle Höhe, blieb auf dieser 10 Tage lang und characterisirte

sich durch schwere Störungen des Bewusstseins, durch grosse motorische Unruhe, bei geringer Betheiligung der unteren Extremitäten, durch Ideenflucht, Logorrhoe Verwirrtheit und wechselnde Hallucinationen besonders des Gesichts, Schlaflosigkeit und vorübergehende Nahrungsverweigerung; in den nächsten 7 Tagen fiel sie allmählich ab und ging in den weiteren 7 Tagen in Genesung über. K. weist noch eingehend die Analogie seines Falles mit dem früher hier referirten von Pick nach. Kurella.

---

115) L. **Frigerio** (Alessandria): Lo sdoppiamento della personalità. (Das Doppel-Ich.) (Rendiconti del R. Istituto Lombardo 23. fasc. 7.)

Bei einem schwerbelasteten jungen Menschen tritt nach lange bestehender Neurasthenie unter dem Einfluss intellectueller Ueberlastung, Unruhe, Drang ziellos fortzulaufen, Selbstmordtrieb, und ein quälender Zweifel an der eigenen Indentität auf. Er sieht im Spiegel das Gesicht einer andern, bestimmten Person, fühlte sein Ich plötzlich verschwinden, merkte, dass er grösser oder kleiner wurde, behauptete zeitweis aus Holz, ein andermal, mit Luft aufgetrieben zu sein. Stets drängte sich zwischen diese Sensation das Gefühl, eine andre Person zu sein, und veranlasste den Patienten zu fortwährendem Grübeln.

F. nimmt an, dass die in der Enge und dem Zurückfliegen der Stirn des Patienten sich aussprechende Hemmung der Stirnhirn-Entwicklung unter dem Einfluss der intellectuellen Ueberanstrengung zu einer „Depression und nachfolgenden Perversion der Gefühlssphäre“ geführt hätte.

Kurella.

---

116) A. **Tschurtschenthaler** (Trentino): Caso di pseudospiritismo studiato psichiatricamente. (Lombroso's Archiv. di Psichiatria etc. XI. Fasc. 1. 1890.)

In einem Dorfe des Trentino, speciell im Zimmer eines 12jährigen Mädchens (V.) hatten sich Geister gezeigt, die unter den Bettdecken kratzten, gegen Wände und Bettstellen schlugen, auf Fragen mit lautem Klopfen antworteten; ein ungläubiger Bauer wurde zur Erde gezogen, drei mit dem Mädchen vor dem Heerde sitzenden Bauern fast ins Feuer gezerrt, etc., etc. Allmählich wurde das ganze Ländchen aufgeregt, viele Hunderte Gebildete und Ungebildete kamen herbei und die Geister meldeten sich nach dem Willen des Mädchens. T. strich einen Stuhl, der sich bewegen sollte, theilweise mit Wagenschmiere an und konnte diese nachher an dem linken, weissen Strumpf des Mädchens nachweisen.

Dieses Mädchen war eine schlanke, blasse Person mit intelligentem Gesicht, sehr freiem Blick; Schädelumfang 500 mm., index 93, Stirn niedrig, Hinterhaupt abgeflacht, es besteht Exophthalmus, Strabismus divergens, die Reflexe sind gesteigert. Ihr Vater hat Facialis-Parese, die Mutter ist hypochondrisch, ein Bruder epileptisch. Die V. hat von Kindheit auf Convulsionen, anscheinend epileptischer Natur, zeigt kurze Bewusstseinslücken, hypochondrisches Temperament, mit heiter erregten Episoden, affective Labilität, übertriebene illusionäre Religiosität, psychische Aura (Globus, heitere Erregtheit) mit folgendem impulsiven Verlangen, Spuk zu veranstalten, moralische Perversion. T. nimmt an, dass dieser anfallsweise auftretende Spuk-

trieb in epileptoiden Zuständen mit partiellem Bewusstsein aufträte, und dass es sich um eine Fusion von Hysterie mit Epilepsie handle, eine Art moral insanity. Er bemerkt noch, dass dieser Trieb sich für einige Besucher contagiös erwiesen hat. S. Ottolenghi (Turin).

---

117) **Bardet:** Ueber das Hypnal. (Verhandlungen der Société de Thérapeutique zu Paris vom 12. März 1890.)

Bringt man eine Lösung von Antipyrin und Chloral zusammen, so bildet sich eine ölige Masse, aus welcher sehr bald weissliche Crystalle ausfallen, die geschmack- und geruchlos sind und der man den Namen Hypnal gegeben hat. Seiner chemischen Constitution nach ist sie Trichloracetyldimethylphenyl. Reuter hat dem Hypnal jede therapeutische Verwendbarkeit abgesprochen, Bonnet glaubt auf Grund eingehender Untersuchungen eine ziemlich vielseitige Verwendbarkeit des Medicamentes betonen zu müssen, was die von B. gemachten Erfahrungen bestätigen. In der That besitzt das Hypnal wesentliche schlaferzeugende Eigenschaften, und hat den Vorzug, völlig geruch- und geschmacklos zu sein. Insbesondere dürfte das neue Medicament dazu dienen, in denjenigen Fällen an Stelle des Chloral in welches es sich unter dem Einfluss des Magensaftes doch verwandelt, angewandt zu werden, in welchen dieses Medicament von der Magenschleimhaut nicht vertragen wird. Besonders angenehm erwies sich in dieser Beziehung das Medicament bei Tuberculösen. — Das Präparat enthält 45% Antipyrin und 55% Chloral. Merkwürdiger Weise sind trotzdem die beruhigenden Wirkungen des Hypnals grösser, als die einer analogen Menge reinen Chlorals. In jedem Falle jedoch hat man es hier mit einer Combination zu thun, mittelst welcher man eine angenehmere Application des Chlorals bewerkstelligen kann, wie zuvor. Das neue Medicament soll absolut von allen üblen Nebenwirkungen des Chloral frei sein. Was die Art und Weise der Application anlangt, so kann man die im Moment des Zusammentretens der beiden Verbindungen entstehende ölige Masse in Form von subcutanen Injectionen geben. Dahin zielende Versuche sind an Thieren mit gutem Erfolge gemacht, beim Menschen ist das Medicament bisher nur innerlich gegeben worden. K.

---

118) **N. Malschin** (Moskau): Chloralamid. (Kowalewskij's Arch. XV. 1 p. 49. 1890.)

Bericht über die Wirkung von Chl. als Hypnoticum bei 17, meist chronischen Fällen von Psychosen, Neuritis und sonstigen Kranken, bei denen das Medicament an 6—12 Tagen gegeben wurde, M. fand von mittleren Dosen genügende Wirkung bei Schlaflosigkeit wenig aufgeregter Irrer, während das Mittel bei maniakalischen, aufgeregten Paralytikern versagte; in der Mehrzahl der Fälle hinterliess es Kopfschmerz und Schwindel; wegen seines bitteren Geschmacks wurde es nicht gern genommen. Respiration, Circulation, Temperatur und Verdauung blieben unbeeinflusst. Kurella.

---

119) **R. Percy Smith** and **A. T. Myers:** On the treatment of insanity by hypnotism. (Journal of mental science, XXXVI. April 1890, pag. 191 ff.)

Nach einem kurzen Resumé über 56 Fälle von Geistesstörung, in denen von verschiedenen Autoren durch Hypnotisirung der Patienten mehr oder weniger befriedigende Resultate in therapeutischer Hinsicht erzielt worden

waren, theilen die Verf. ihre Beobachtungen an 21 Irren mit, bei denen sie ebenfalls in therapeutischer Absicht Hypnose hervorzurufen versucht hatten. Es gelang ihnen dies überhaupt nur bei einer Minderzahl der Patienten, und von einer auf diese Weise hervorgerufenen Besserung konnte kaum bei einem derselben die Rede sein.

Gegenüber den zum Theil glänzenden Resultaten anderer Forscher, von denen nur A. Voisin und Forel erwähnt sein mögen, empfehlen sie noch weitere Versuche anzustellen, bevor man diese Behandlungsmethode aufgiebt.

Sommer.

---

120) **A. Friis:** Nogle Tilfalde of Kloralexanthem. (Einige Fälle von Chloralexanthem.) (Hospital-Tidende 1890. Nro. 20.)

Aus der Irrenabtheilung des Communehospitals in Kopenhagen werden sieben Fälle schwerer Chloralexantheme mitgetheilt. Die Epikrise, die sonst nur kurz referirend ist, hebt hervor, dass in fast allen Fällen Fieber vorhanden war. (Temperaturen bis 38,8°.)

Bemerkenswerth ist noch, dass in allen Fällen Heilung eingetreten ist, während sonst ein tödtlicher Ausgang gar nicht so selten ist; Ref. hat früher unter 10, nicht veröffentlichten, Fälle aus dänischen Anstalten 3 Mal einen solchen gefunden. — Bezüglich der Disposition ist hervorzuheben, dass während man in der Regel das Chloralexanthem nur bei Delir. trem., chronischen Geisteskrankheiten und anderen tiefgehenden Ernährungsstörungen trifft, es sich hier 3 Mal bei — angeblich — acuten Psychosen gezeigt hat. — v. Geelhorn hat ausgesprochen, dass das Chloralexanthem eine „Incubationszeit“ von 29—30 Tage, von der ersten Chloraldosis gerechnet, hat, (bekanntlich kann oft längere Zeit vergehen, nachdem das Chloral reponirt ist, bevor das Exanthem sich zeigt); und Ref. hat gefunden, dass es zwei Formen des papulösen Chloralexanthem giebt, eine leichtere, mehr localisirte, mit grossen Papeln, die eine Incubationszeit von ca. 10 Tage hat, und eine schwerere, universelle mit morbilli- und zuletzt scarlatiniformem Exanthem, deren Incubationszeit zwischen 24 und 38 Tagen variirt; zwischen beiden stehen einzelne Fälle, in welchen sowohl das Exanthem als die Incubationszeit eine Mittelstellung einnimmt. Die hier vorliegenden Fälle bestätigen im Ganzen diese Regel; nur VI macht eine Ausnahme, indem die Incubationszeit nur 6 Tage ist, und das Exanthem doch ein morbilliformes. — Ein „Rashe“ ist ein Mal dem Exanthem vorhergegangen, ein anderes Mal hat er dieses eingeleitet. Helweg (Aarhus).

---

121) *Zur Irrenstatistik der Schweiz.* Die Irrenzählung für den Canton Zürich vom 1. Decb. 1888, die erst jetzt in ihren Ergebnissen klar gestellt worden ist, ergab 3261 Geisteskranke und zwar 1542 M. und 1719 Frauen. Von diesen sind 1595 angeborene, 1651 erworbene und 15 gemischte Fälle. Da die Zahl der Bevölkerung 330000 beträgt, so macht die Zahl der Geisteskranke 1,01% — eine ganz aussergewöhnlich hohe Ziffer. (Corresp. f. d. schweiz. Aerzte 1890. 8. pag. 234.) E.

---

122) Die *Lage des Irrenwesens in den russischen Ostseeprovinzen* bildete den Gegenstand lebhafter Verhandlungen auf dem im Herbst 1889 abgehaltenen livl. Aerztetage zu Wolmar. Zunächst theilte Dr. H. Dehio (Dorpat) „*Beiträge zur Statistik der Geisteskranken in Est- und Livland*“ mit (cf. Balt. Monatsschr. 1890 Heft I), denen eine Verarbeitung der Ergebnisse der baltischen Volkszählung v. 29. Dec. 1881 zu Grunde lag. Die relative Anzahl der Geisteskranken übersteigt die gewöhnliche Norm, kommt aber den für Württemberg (Koch 1875) festgestellten Verhältnissen nahe. Es fanden sich in Livland 4,15 pro Mille (1:241), in Estland 4.30 p. M. (1:230), in Württemberg 4,22 p. M. (1:237). Auf 100 Geisteskranken kamen

	Idioten	Irren
Estland	46,98	53,02
Livland	45,05	54,95
Württemberg	49,11	50,89

Da das Irresein in den Ostseeprovinzen schon in jüngeren Jahrgängen auftritt als in Württemberg und ein schnelleres Absterben der Idioten stattfindet (schwerere Formen) schliesst D. auf eine hohe Disposition zu Geisteskrankheiten im Lande. Die Vertheilung der Nationalitäten anlangend ergiebt sich für die beiden grossen Städten Riga und Reval, dass bei der Zahl des Geisteskranken die Deutschen prävaliren (sie betheiligen sich mit der allgemeinen Erkrankungsziffer des Landes), während die anderen Nationalitäten (Russen, Letten, Esten, mehr fluctuirende Bevölkerung) unter dieser Ziffer zurückbleiben. (Riga deutsche Geisteskr. 4,38 p. M., Letten 2,56 p. M., Russen 2,68 p. M.) Die Vertheilung der Geisteskranken auf dem flachen Lande ist besonders in Estland sehr ungleich. Interessant ist die Thatsache, dass dort der Kreis Landwiek, die Hauptbrutstätte des religiösen Sectirerthums, auch die grösste Ziffer von Geisteskrankheiten aufweist. Die Fürsorge für die Geisteskranken ist keine genügende. Nur Riga macht eine Ausnahme und deckt durch die städt. Anstalt Rothenberg vollständig das Bedürfniss. Fürs flache Land giebt es in Livland nur 207 Plätze (in Alexandershöh und Dorpat) auf 4191 Geisteskranke, also 1 Platz für 22 Kranke. In Estland giebt es nur 39 Plätze (in Reval) für 1634 Kranke, mithin 1 Platz für 42 Kranke! Zur Reform des Irrenwesens verlangt D. für Livland noch 2 neue Anstalten; eine für den lett., eine für den estn. Theil, jede zu 500 Betten nach dem colonialen System. Estland bedarf einer ebenso grossen Anstalt, ausserdem Reval eines Stadtasyls für 40—50 Kr.

Im Anschluss hieran sprach Dr. Mercklin (Riga): „*Ueber temporäre Asyle für Geisteskranke*“ (Balt. Monatsschr. 1890, H. II). Die Aussichten dass eine definitive Regelung des Irrenwesens eintrete seien zur Zeit geringe, der Nothstand aber so gross, dass er sofort provisorische Massregeln erheische; M. empfiehlt daher die Errichtung temporärer Asyle und bespricht die Einrichtung solcher (Belegraum v. 20 Betten, Wachsaal), wobei er über günstige Erfahrungen berichtet, die in Riga mit einem derartigen Asyl gemacht worden sind. (Die sog. „Zwischenstation f. Geisteskranke“ in Riga nimmt Glieder auswärtiger Gemeinden bei acuter Erkrankung temporär auf.) Anschluss an vorhandene Stadt- od. Kreishospitäler ist aus ökonom. Gründen wünschenswerth.

In der folgenden Debatte fanden diese Vorschläge Zustimmung. Das Vorhandensein einer Nothlage wurde von allen Seiten hervorgehoben. Das Landvolk, welches selbst unruhige Kranke nicht in Anstalten placiren kann, ist gezwungen zu Hause Restraint der schlimmsten Art anzuwenden.

Mercklin (Riga).

---

123) Topinard (Paris): Der Schädel der Charlotte Corday.
(L'Anthropologie 1890. Fasc. 1.)

Aus der der Arbeit beigegebenen Photographie des Schädels und einer beigegebenen recht confusen und verwässerten Monographie Topinard's ergiebt sich, was Ref. schon früher bei einer flüchtigen Inspection gesagt hatte: dass der Schädel ausserordentlich reich an Anomalien, speciell plathycephal ist, was bei Frauen im Unterschied zum Männerschädel, seltener vorkommt. Es findet sich eine scharf ausgeprägte apophysis jugularis, starke, in der Medianlinie confluirende Superciliarbogen, die nach unten und aussen concav sind. Die Nähte sind, einem 23—25 jährigen Mädchen entsprechend, offen, aber einfach, besonders die s. coronaria.

Die Capacität ist 1360 Cc, gegen 1337 des Durchschnitts für die Französin. Leichte Dolichocephalie, in der norma verticalis wird der rechte Jochbogen sichtbar, woraus eine erhebliche Asymmetrie erhellt.

Lin. crotafiticae und cr. temporales beiderseits deutlich, Orbita-Höhlen enorm, die rechte grösser, die l. steht ferner auch tiefer, wie die ganze l. Gesichtshälfte. Beiderseits interparietale Schaltknochen. Orbital-Area 133 (für die Pariserin 126) .Höhe der Orbita 35 mm. Ausgesprochene mittlere Hinterhauptsgrube. Diese Anomalieen bezeichnet Topinard als „individuelle Variationen"! Für mich sind es die ausgesprochensten pathologischen Anomalien.

Maasse: Index cephalicus, 77,5, index zygomaticus 92,7, angulus Camperi 85°; Nasenhöhe 50, Stirnbreite 120 (Pariserin 113) Lin. bizygomatica 128 (Pariserin 122) Gewicht des Schädels 514 gr. lin. anterior-posterior 183, l. verticalis 134, transversalis 139, Umfang 5,38, kleinste Stirnbreite 94.

C. Lombroso (Turin).

---

124) F. Marimo: Sulle ossa interparietali e preinterparietali nel cranio umano. (Ueber Interparietal- und Praeinterparietal-Knochen am menschlichen Schädel.)
(Archivio per l'Antropologia e la Etnologia XVIII. H. 1.)

Unter den als „Incabein" bekannten Schaltknochen unterscheidet man die zwischen den Schenkeln der Lambdanath, vor dem Hinterhauptknochen gelegenen, meist dreieckigen Gebilde als „Interparietalknochen". Normaler Weise sind dieselben schon im 4. Monat der Gravidität mit dem Hinterhauptknochen verwachsen; soweit er beim Menschen vorkommt, tritt er in drei getrennten Theilen auf, aus drei gesonderten Knochenkernen entwickelt.

Auch am foetalen Schädel ist ein os praeinterparietale selten, und findet sich, zum Unterschiede von Worm'schen Knochen, an der Stelle der früheren Fontanelle, meist viereckig begrenzt, mit grösserer Längsaxe.

Das Vorkommen beider Schaltknochen ist recht verschieden, wie folgende Tabelle zeigt:

Bei	Zahl der untersuchten Schädel.	Os interpariet. kam vor bei °/o.	Os praeinterpar. bei °/o.
Toskanern (normalen)	530	0,56	4,8
„ (irren)	250	2,0	1,6
Mongolen	117	0,85	4,0
Hindu	40	—	10,0
Polynesiern	30	—	6,6
Peruanern	229	2,18	13,1
Papua	218	3,21	10,0
Siamesen	26	19,6	16,0

Die Seltenheit des os interpar. bei normalen Europäern, sein bei niederen Völkern und Irren häufiges Auftreten machen dasselbe nun zu einem anthropologisch wichtigen Befund, der auf Inferiorität resp. Atavismus deutet. — Das os praeinterparietale findet sich vorwiegend bei Brachycephalie.

Kurella.

---

125) **C. Lombroso.** Rei politici pér occasione e per passione. (Gelegenheit und Leidenschaft als Moment politischer Verbrechen.) (Archivio di Psichiatria Scienze Penali ed Antropol. crimin. 1890 H. 1.)

Als politische Gelegenheitsverbrecher bezeichnet L. ruhige Bürger, die gezwungen sind, gegen Gesetze zu fehlen, denen man unmöglich gehorchen kann, oder die durch Verführung und leere Hoffnungen zum Aufruhr veranlasst werden. Das causale Moment liegt hier in individuellen, besonders den oekonomischen Verhältnissen. Der hauptsächlich psychologische Characterzug ist die Unfähigkeit der Anpassung an die sociale Umgebung, physisch ist die Normalität, die Abwesenheit degenerativer Kennzeichen hervorzuheben. Diese Verbrecher können wohl in die Höhe kommen, haben aber nicht die intellectuelle Kraft, zu einem günstigen Resultate zu gelangen, auch ihr moralisches Gefühl ist mangelhaft.

Bei den *politischen Verbrechern aus Leidenschaft* treten die Züge der Gelegenheitsverbrecher pointirter, übertriebener hervor. Meist sind es stattliche Persönlichkeiten, die Frauen bilden einen starken Procentsatz, das Alter von 18—25 Jahren wiegt vor. Sie sind wahre Genies des Gefühls, eine übertriebene Sensibilität steht neben hoher Intelligenz und grossem Altruismus, unklugem Enthusiasmus, und der Sehnsucht nach Leiden und Schmerzen; dieser Zug in ihrem Wesen erklärt sich aus einer — wie bei hypnotischen — durch passionirte Concentration auf eine einzige Idee, bedingten Insensibilität — sie sind durchdrungen von der Erspriesslichkeit ihrer Handlungen, und bereuen desshalb niemals. Wie beim Genie, fehlt es auch hier nicht an Neurosen und psychischen Anomalieen.

L. citirt hier Brutus, Charlotte Corday, Orsini, die Frau Kulisçhew, Garibaldi, Vjera Sassulitsch und Fonseca.

Ottolenghi (Turin).

---

126) *Statistik* der zum Ressort des Kgl. Preussischen Ministeriums des Inneren gehörenden *Straf- und Gefangen-Anstalten* für 1. April 1888/89.

(Berlin, 1890. A. Haack, 239 Seiten.)

Aus dieser in jeder Beziehung werthvollen Statistik seien hier die folgenden für das Irrenwesen wichtigen Angaben mitgetheilt.

In 33 (von 51) Anstalten jenes Ressorts verfielen in dem Berichtsjahre in Geisteskrankheit

96 Männer gegen 95 im Vorjahr, und
5 Weiber „ 17 „ „

zusammen also 101 Insassen gegen 112.

Diese Kranken stellten 0,09% (gegen 0,10%) aller Insassen dar und zwar 0,11% der Männer und 0,2% der Weiber. Berücksichtigt man nur die Zuchthausgefangenen, so erkrankten 0,25% (gegen 0,21%) der Männer und 0,07% (gegen 0,28) der Weiber, die überhaupt verpflegt worden sind, oder 0,37% des männlichen und 0,11% des weiblichen Durchschnittbestandes.

Das Alter der 101 in Geistesstörung verfallenen Individuen betrug

16—20	Jahr	bei	1	Mann	und	1	Weib.
20—30	„	„	31	„	„	0	„
30—45	„	„	51	„	„	3	„
45—60	„	„	12	„	„	1	„
60—70	„	„	0	„	„	0	„
über 70	„	„	1	„	„	0	„

Die Dauer der Strafhaft bis zum Ausbruch der Geistesstörung betrug

weniger als 3	Monate	bei	31	Männern	und	3	Weibern
3— 6	„	„	7	„	„	0	„
6—12	„	„	15	„	„	1	„
1— 2	Jahr	„	16	„	„	0	„
2— 5	„	„	17	„	„	0	„
über 5	„	„	10	„	„	1	„

Noch in der Untersuchungshaft waren 19 Männer und 2 Weiber erkrankt, gegen 30 und 4 im Vorjahr.

Ausser den im Laufe des Berichtjahres Erkrankten waren aus dem Vorjahre noch 48 Männer und 6 Weiber als irr im Bestande.

Von diesen 144 Männern und 11 Weibern wurden nun 36 Männer der Irrenabtheilung bei der Strafanstalt Moabit überwiesen, 12 Männer wurden geheilt oder gebessert und verblieben in der Haft, 15 Männer und 5 Weiber wurden nach erfolgter Blödsinnigkeitserklärung entlassen, 40 Männer und 3 Weiber wurden nach Ablauf der Strafzeit, oder in Folge von Begnadigung entlassen, oder entwichen oder wurden einem Gerichtsgefängniss zugeführt, und 3 Männer endlich sind gestorben. Im Bestande bleiben also 38 Männer und 3 Weiber, doch waren davon 11 Männer und alle Weiber vorläufig in öffentlichen Irrenanstalten untergebracht.

Von den in der Irrenabtheilung der Strafanstalt Moabit behandelten 36 geisteskranken Gefangenen sind geheilt oder gebessert 4, nach Blödsinnigkeitserklärung entlassen 5, nach Ablauf der Strafzeit entlassen 2 und gestorben 1, sodass am Jahresschluss im Bestande verblieben 24 Irre.

Der bisher auf den Stadtkreis Berlin und die Provinzen Brandenburg, Sachsen, Schlesien, Posen und Pommern beschränkte Einlieferungsbezirk für

die Moabiter Irrenabtheilung ist nunmehr auch auf Hannover und Hessen-Nassau ausgedehnt worden, sodass aus allen diesen Provinzen geistig erkrankte Sträflinge jener Irrenabtheilung zugeführt werden können.

Durch Selbstmord endeten in 16 Anstalten 20 Männer und 1 Weib, und zwar waren 13 von jenen Zuchthausgefangene und 2 Gefängnissgefangene, während 5 Männer und 1 Weib in der Untersuchungshaft ihrem Leben ein Ende machten.

Von den 21 Selbstmörder waren in Haft bis zum Todestage

weniger als 3	Monate	11	Männer und 1 Weib.
3— 6	„	1	„
6—12	„	2	„
1— 2	Jahr	3	„
2 — 5	„	1	„
über 5	„	2	„

Nur einer von den Selbstmördern war auf Lebenszeit verurtheilt, dagegen 6 auf weniger als 2 Jahr.

Es starben überhaupt 444 Sträflinge gleich 0,38% aller Verpflegten; im ganzen Preussischen Staate starben 2,31% aller Lebenden, (also incl. Kinder).

Sommmer.

IV. Tagesgeschichte.

— **Prof. Morselli in Genua ist den Mitarbeitern dieser Zeitschrift beigetreten.**

— Unser Mitarbeiter Dr. Strauscheid ist als III. Arzt an die Provinzial-Irren-Anstalt in Kreuzburg berufen. —

— Dr. Zacher, langjähriger II. Arzt an der Elsassischen Anstalt Stephansfeld, ist in die Direction der von Ehrenwall'schen Privat-Irren-Anstalt zu Ahrweiler eingetreten.

Geh. Sanitätsrath Dr. Laehr in Zehlendorf ist als Hülfsarbeiter in die Kgl. wissenschaftliche Deputation in Berlin berufen worden.

— Die besonders in ausländischen Blättern verbreitete Notiz, dass Prof. Grashey in München zum Nachfolger Westphals in Berlin ausersehen wäre, beruht auf müssiger Erfindung. Man darf hoffen, dass die schliessliche Entscheidung zu Gunsten eines der Schüler Westphals ausfällt.

— An Stelle von Prof. Unverricht (Dorpat) tritt Prof. Curschmann (Leipzig) in die Redaction der „Fortschritte der Medicin“ ein.

— Die canadische, von Nonnen geleitete, zum Theil aus sechsstöckigen Gebäuden bestehende Irrenanstalt „Longue Pointe“ bei Montreal, ist am 6. Mai vollständig niedergebrannt. Die Zeitungen schildern in sensationeller Weise wie die „Irrsinnigen“ jubelnd in die Flammen sprangen. Jedenfalls fehlte es an Löschvorrichtungen, und als die Feuerwehr erschien, war kein Wasser da. Von 1300 Kranken sind 1100 geborgen, der Rest ist theils geflüchtet, theils verbrannt; unter diesen Opfern sollen sich nur Frauen befinden. —

— In der Nacht vom 7. zum 8. Mai verbrannten 11 Geisteskranke bei einer Feuerbrunst, die das Armenhaus bei Norwich, Chenango, Staat New-York, zerstörte. Das Feuer brach in der Irrenabtheilung aus.

— Der Staat New-York erbaut in diesem Jahre eine neue, zweite *Anstalt für irre Verbrecher* in Matteawan, Grafschaft Dutchess.

— Es ist noch nicht lange her, dass Geisteskranke in Armen- und Arbeitshäusern untergebracht wurden. Bewährt hat sich bekanntlich diese Einrichtung nicht. Neuerdings zwingt die Ueberfüllung der Provincialanstalten zu ähnlichen Unternehmungen in Ostpreussen und Schlesien; in Ostpreussen wird für sieche Landarme eine grosse Abtheilung in der Corrections-Anstalt zu Tapiau eröffnet werden; die schlesischen Stände haben beschlossen, 200 irre Pfleglinge im Landarmenhause zu Tost unterzubringen, und zu diesem Zweck eine Abtheilung dieser Anstalt auf 4 Jahre gemiethet, zunächst bis die neugeplante, in Niederschlesien zu errichtende Anstalt, die 400 Morgen Areal erhalten soll, vollendet ist.

— **Brüssel,** 5. Mai. *(Gegen den Hypnotismus)* hat der Justizminister Lejeune auf Ansuchen der Academie der Medicin einen Gesetzentwurf ausgearbeitet, in dessen Begründung es heisst:

Der Hypnotismus ruft eine Störung der Geisteskräfte bei dem Hypnotisierten hervor und beraubt denselben des Gebrauches seines freien Willens, so zwar, dass derselbe kein eigenes „Ich", keine psychische Personalität mehr besitzt, sondern zum widerstandslosen Werkzeuge des Hypnotiseurs wird, dessen Suggestionen er sowohl während, als nach der Hypnose bedingungslos gehorchen muss. Der Hypnotiseur beherrscht sein „Subject" in solchem Grade, dass es oftmals nur eines Zeichens, eines Blickes und auch nur eines Willensaktes von seiner Seite bedarf, um das Subject sofort die lächerlichsten, erniedrigendsten und verbrecherischsten Handlungen ausführen zu lassen. Der Hypnotismus ist ferner von äusserst schädlichem Einfluss auf das Nervensystem des Patienten; die Nerven werden überreizt und die geistigen Fähigkeiten beeinträchtigt und geschädigt. Dieser schädliche Einfluss des Hypnotismus erstreckt sich sogar auf Personen, welche hypnotischen Vorstellungen nur als Zuschauer beiwohnen. Um derartigen Missbräuchen und Gefahren für die öffentliche Gesundheit und das Wohl der Gesellschaft vorzubeugen, hat der Justizminister einen Gesetzentwurf ausgearbeitet, durch welchen mit Gefängnisstrafe und Geldbusse von verschiedener Dauer und Schwere gegen alle diejenigen vorgegangen werden soll, welche 1. öffentliche hypnotische Vorstellungen veranstalten, 2. welche öffentlich oder im geheimen eine Person hypnotisiren, die noch nicht das 18. Jahr vollendet hat oder die sich nicht im Besitz ihrer vollen Geisteskräfte befindet, und 3. welche in betrügerischer Absicht von einer hypnotisierten Person irgend ein Schriftstück unterzeichnen lassen oder von diesem Schriftstück Gebrauch machen. Der Gesetzentwurf erstreckt sich nicht auf die hypnotischen Versuche zu wissenschaftlichen Zwecken.

— **Selbstmorde in Preussen und in Berlin.** Aus der „Stat. Korr.", dem amtlichen Blatte des Königlichen statistischen Büreaus, ist zu ersehen, dass die *Selbstmorde in Preussen* und auch insbesondere in *Berlin* nicht nur nicht zunehmen, sondern *abnehmen*. Ziffern, welche eine Vollständigkeit gewährleisten, liegen erst seit 1883 vor. In diesem Jahre betrug die Zahl der Selbstmörder 6171, 1884: 5900, 1885: 6028, 1886: 6212, 1887: 5898 und 1888: 5393. Es verminderte sich also in den sechs Jahren von 1883 zu 1888 die Zahl der Selbstmörder um 12,6 v. H. und von 1887 zu 1888 allein und 8,6 v. H. Fasst man beide Geschlechter getrennt in's Auge, so war beim männlichen Geschlecht der Rückgang ein verhältnissmässig grösserer, als beim weiblichen, indem er seit 1883 bei dem ersteren 13,7 v. H. (4255 gegen 4933), bei dem letzteren nur 8,1 v H. (1138 gegen 1238) betrug. — Was *Berlin* betrifft, so betrug hier die Zahl der männlichen Selbstmörder

1885: 303, 1886: 256, 1887: 295, 1886: 271, 1887: 273 und 1888: 278, die der weiblichen in denselben Jahren 107, 113, I01, 95, 98, 113. Hat sich also von 1886 bis 1888 auch wieder eine Zunahme gezeigt, so sind die Ziffern von 1883 und 1885 doch noch nicht wieder erreicht; überdies muss man auch die starke Zunahme der Bevölkerung mit in Betracht ziehen.

— **Selbstmorde in Frankreich** im Jahre 1887. (Ann. méd. psycholog. 1889 September).

Gesammtzahl der Selbstmorde: 8202 (78% Männer, 22% Weiber). Der Civilstand bei 247 unbekannt. Unter den übrigen sind unverheirathet Männer 2381 (38%), verheirathet 2,910 (47%), Wittwer 928 (15%), unverheirathet Frauen 513 (30%), verheirathet 796 (45%), Witwen 427 (25%). Während das Verhältniss unter den verwitweten Leuten am höchsten ist und zwar 92 für Männer, 22 für Frauen auf 100000 Verwitwete, ist es für die unverheirathete Männer 45, für die verheiratheten, 39 für die Frauen beiderlei Art 11:100000 desselben Standes. Unter 7418 Selbstmördern deren Beruf ermittelt werden konnte gehören dem Ackerbau an 2020 (34%) Männer, 594 (40%) Frauen, der Industrie 1772 (31%) resp. 504 (34%), dem Handel 881 (15%) resp. 86 (6%), den Eigenthümern 591 (10%) resp. 140 (10%), den dienenden Klassen 279 (5%) resp. 174 (9%), den Sicherheitsbeamten 197 (3%), der Kunst und Wissenschaft 143 (2%) resp. 16 (1%), den öffentlichen Verwaltungsbeamten 61 (1%). Von den Selbstmorden entfallen 54% auf das Land, 48% auf die Stadt. Es kommen auf 100000 ländliche Bewohner 17, auf dieselbe Zahl städtischer 28 Selbstmorde. Nach der Jahreszeit fallen in den Sommer 31%, in das Frühjahr 28%, in den Herbst 22% in den Winter 19%. Todesarten waren: Erhängen bei Männern 46%, Weibern 27%, Ertränken 23% resp. 42, Feuerwaffen 16 resp. 2, Kohlenoxyd 7 resp. 15, scharfe Instrumente 3 rep. 2, Gift 2 resp. 5, Sturz 3 resp. 7, andere 20 resp. 6. Es bestand Geisteskrankheit bei Männern in 24%, bei Weibern in 38%, köperliches Leiden in 19 resp. 6, Missgeschick in 16 resp. 8, Kummer in der Familie in 14 resp. 19, Trunksucht in 14 resp. 6, Absicht sich Strafe zu entziehen in 4 resp. 2, unglückliche Liebe in 3 resp. 8, verschiedene Widerwärtigkeiten in 6% resp. 3%. Bei 577 Männern und 132 Frauen war kein Motiv zu ermitteln. Trunksucht und Gehirnkrankheit waren in 2/5 der Fälle von Selbstmord vorhanden.

Otto.

— **Die Selbstmorde in der Stadt New-York** sollen seit einigen Jahren etwas abgenommen haben, und zwar seit Erlass eines Gesetzes, wonach Selbstmordversuche mit Gefängniss und Geldbussen bestraft werden sollen. Beide Strafarten, mit dem Maximum von 2 Jahren respective 1000 Dollar, können gleichzeitig verhängt werden. Vor Inkrafttreten des Gesetzes betrug die Anzahl der Selbstmorde 14,4 auf 100,000 Einwohner, seitdem ist nur die absolute Zahl gestiegen, aber nicht ebenso rapide wie die Bevölkerung. Die Abnahme der Selbstmorde erstreckt sich wesentlich auf das weibliche Geschlecht, wobei wohl wesentlich die abschreckende Wirkung gegenüber früher, wider Willen gelingenden, zur Erregung von Interesse und Aufsehen durch Frauen inscenirten Selbstmordsversuchen in Frage kommt. (Hospitals-Tidende 21. Mai 1890.)

— *Auf der VIII. Hauptversammlung des Preussischen Medicinalbeamten-Vereins* am 1. und 2. August 1890 zu Berlin im grossen Hörsale des Hygienischen Instituts, Klosterstr. 36 werden u. A. folgende Vorträge gehalten werden:

Freitag, den 1. August, 9 Uhr Vormittags: Erste Sitzung. Der Entwicklungsgang im Preussischen Medicinalwesen: III. Wie soll der Medicinalbeamte dem Staate und

der Gesellschaft dienen? Herr Reg.- u. Med.-Rath Dr. Wernich in Köslin. Zur Frage der Entmündigung der Alkoholiker; Herr Med.-Rath Dr. Siemens, Dir. der Prov.-Irrenanstalt in Lauenburg i. P. — Ueber Stuporzustände bezw. akute heilbare Demenz mit besonderer Berücksichtigung eines forensischen Falles; Herr Kreispysikus Dr. Plange in Ziegenrück.

— **Christiania.** Indem das hiesige Organisationskomite für den nächsten Kongress auf das Cirkular des permanenten Komites verweist, erlaubt es sich hiermit einen Jeden, dem es angelegen ist, dem Missbrauche alkoholischer Getränke entgegenzuarbeiten, einzuladen, sich an dem Kongresse zu betheiligen und zur Förderung der Arbeit durch Vorträge oder Theilnahme an der Discussion beitragen zu wollen.

Das Komite wird es sich angelegen sein lassen, den Theilnehmern den Aufenthalt in Christiania so angenehm wie möglich zu machen und wird versuchen, denjenigen, welche es wünschen, bei Privaten, mit Sympathie für die Sache Wohnungen zu verschaffen.

Ein genaues Programm für den Kongress wird den Theilnehmern später zugestellt werden.

Das beigeschlossene Formular belieben Sie so bald wie möglich auszufüllen, und mit Ihrer Unterschrift und Adresse versehen zurückzusenden.

Falls Sie während des Kongresses etwas auszustellen wünschen, wie z. B. Zeichnungen, Bücher, graphische Tabellen, Proben der im vorstehenden Cirkular unter 5 genannten Getränke u. dgl., so wollen Sie diese Gegenstände nebst den nöthigen Aufschlüssen spätestens 2 Wochen vor Eröffnung des Kongresses unter der Adresse: Herrn Konsul G. Gade, Mitglied des Organisationskomites des Kongresses, Torvet Nro. 2, Christiania, gefälligst absenden.

Regeln für den Kongress.

1. Der Hauptzweck des Kongresses ist, über die Erfolge Aufschlüsse zu ertheilen, welche die verschiedenen Länder durch die verschiedenen Massregeln gegen den Alkoholismus erreicht haben.

2. Die Discussion ist nach Thunlichkeit praktisch anzulegen.

3. Jeder, der sich für die Bekämpfung des Alkoholismus interessirt, wird gebeten sich an dem Kongresse zu betheiligen.

4. Jeder Theilnehmer erlegt einen Beitrag von 5 Kronen, und erhält s. Z. dafür den Bericht über die Verhandlungen des Kongresses zugestellt.

5. Die Diskussionen werden ausschliesslich mündlich und zwar auf deutsch, französisch oder englisch geführt. Derjenige, welcher dem Kongress eine schriftliche Arbeit vorlegen will, wird ersucht, dieselbe bis Ende Juli an den Generalsekretär zu senden. Sollte dieselbe nicht ganz kurz sein, so ist ihr ein kurzes Résumé beizufügen, worauf das Komite die Drucklegung besorgt, falls es dieselbe als nothwendig ansieht.

6. Kein Redner erhält in der Regel das Wort für längere Zeit als 20 Minuten zu einem einleitenden Vortrag und als 10 Minuten während der Discussion.

7. Ausser den von dem permanenten Komite und dem Organisationskomite vorgelegten Fragen können die Theilnehmer andere Themata dann behandeln, wenn dieselben dem Generalsekretär behufs Vorlegung vor das Organisationskomite spätestens bis Ende Juli zugestellt und von dem Komite als zweckmässig befunden werden.

8. Da der Kongress nur den Zweck verfolgt, die Bedeutung derjenigen Mittel und Massregeln zu besprechen, welche im Kampfe gegen den Alkoholismus angewandt wurden, oder als empfehlenswerth angesehen werden, so werden die Verhandlungen zu keinen Abstimmungen oder Beschlüssen Anlass geben.

Für das Organisationskomite

Dr. G. E. Bentzen
Generalsekretär.

Dr. L. Dahl
Director des civilen Medicinalwesens in Norwegen.
Präsident.

— Brown-Sequard's berühmtes Universalmittel, der Testikelsaft, wird jetzt auch als Tonicum bei Hysterie und Melancholie empfohlen, und wunderbare Erfolge werden von B-S. (Archives de Physiologie 1890. Nro. 2) bei Lepra-Paresen berichtet. Für Frauen, denen der Testikel-Saft bedenklich sein könnte, ist überdies neuerdings eine ähnliche Wirkung „d'un liquide retiré d'ovaires" beschrieben, und ein weiterer Fortschritt dieser Therapie — der viel zu denken giebt über die passive Seite der Paederastie — besteht in der erfolgreichen Anwendung des „Testikelsafts" per clysma. —

The William F. Jenks Memorial Prize.

— The Second Triennial Prize, of Four Hundred and Fifty Dollars, under the Deed of Trust of Mrs. William F. Jenks, will be awarded to the author of the best essay on.

„The Symptomatology and Treatment of the **Nervous Disorders** *following the Acute Infectious Diseases of Infancy and Childhood"*.

The conditions annexed by the founder of this prize are, that the „prize or award must always be for some subject connected with Obstetrics, or Diseases of Women, or the Diseases of Children;" and that „the Trustees, under this deed for the time being, can, in their discretion, publish the successful essay, or any paper be written upon any subject for which they may offer a reward, provided the income in their hands may, in their judgment, be sufficient for that purpose, and the essay or paper be considered by them worthy of publication. If published distribution of said essay shall be entirely under the control of said Trustees. In case they do not publish the said essay or paper, it shall be the property of the College of Physicians of Philadelphia."

The prize is open for competition to the whole world, but the essay must be the production of a single person.

The essay, whisch must be written in the English language, or, if in a foreign language, accompanied by an English translation, should be sent to the College of Physicians of Philadelphia, Pennsylvania, U. S. A., before January 1, 1892, addressed to Louis Starr, M. D., Chairman of William F. Jenks Committee.

Each essay must be distinguished by a motto, and accompanied by a sealed envelope bearing the same motto and containing the name and address of the writer. No envelope will be opened except that which accompanies the successful essay.

The Committee will return the unsuccessful essay if reclaimed by their respective writers, or their agents, within one year.

The Committee reserves the right not to make an award if no essay submitted is considered worthy of the prize.

— **Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Bremen 15. — 20. September 1890.** Die neurologisch-psychiatrische Section ladet zu zahlreichem Besuche ein. Anmeldungen von Vorträgen erbitten frühzeitig

Director Dr. Scholz, Dr. Stoevesandt.

Inhalt des Juni-Hefts.

I. Originalien.

II. Original-Vereinsberichte.

III. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

1. Anatomie.

2. Physiologie.

3. Pathologische Anatomie und allgemeine Pathologie.

4. Pathologie.

a) Periphere Nerven.

b) Gehirn.

c) Neurosen.

5. **Therapie.**

B. Psychiatrie.

1. **Pathologie.**

2. **Therapie.**

3. **Irrenstatistik.**

C. Degenerations-Theorie.

1. **Craniologie.**

2. **Criminelle Anthropologie.**

IV. Tagesgeschichte.

Druckfehler-Berichtigung.

Im Mai-Heft sind einige Druckfehler stehen geblieben, die wir den Leser zu berichtigen bitten.

1) p. 65 Z. 4 lies: homicides non récidivistes für: homicides récidivistes.
2) Die Unterschrift unter Referat Nro. 68 muss heissen: Helweg (Aarhus).
3) Im Inhaltsverzeichniss sollen die Referate Nro. 45 und 46 sub Abschnitt 2, Physiologie, stehen.

Redactionelles.

Nach Kreuzburg in Oberschlesien versetzt, bitte ich, von jetzt an alle Zusendungen an mich dorthin zu richten.

Kurella.

Das auf dem Umschlage des Mai-Heftes irrthümlich für die Juni-Nummer angekündigte Literatur-Verzeichniss wird im Juli erscheinen.

Coblenz, Druck von Ph. Werle (Löhrstrasse 28).

// CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.
Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.
Herausgegeben von
Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,
dem Begründer des Blattes,
Prof. Charcot in Paris, **van Deventer** in Amsterdam, **Dr. Ireland** in Preston-Pans, **Prof. Kowalewskij** in Charkow,
Prof. Lange in Kopenhagen, **Prof. Lombroso** in Turin, **Prof. Obersteiner** in Wien, **Prof. Seguin** in New-York.
Redigirt von
Dr. Hans Kurella in Kreuzburg.

Verlag von W. GROOS, Königl. Hofbuchhandlung (Kindt & Meinardus).
Coblenz u. Leipzig.

XIII. Jahrgang. **1890 Juli.** Neue Folge I. Band.

I. Originalien.

I.
Zur Theorie der Hypnose.

Von Dr. phil. ALFR. LEHMANN in Kopenhagen.

Meine Schrift: „Hypnosen og de dermed beslägtede normale Tilstande" soll in deutscher Ausgabe in kurzer Zeit unter dem Titel: „Die Hypnose und die damit verwandten, normalen Zustände" in Fues's Verlag, Leipzig, erscheinen. Es soll derselben an dieser Stelle eine kurze Selbstanzeige vorausgeschickt werden.

Die Arbeit fusst auf der Ansicht, die Hypnose sei eine eigenthümliche Veränderung des normalen, psychophysischen Zustandes, und die verschiedenen, hypnotischen Erscheinungen müssen deshalb nach den gewöhnlichen, physiologischen und psychologischen Gesetzen erklärt werden können. Es dreht sich also nur darum, die psychophysische Veränderung zu finden, durch

welche der hypnotische Zustand characterisirt ist. Diese Aufgabe wird nämlich am leichtesten gelöst, wenn man untersucht, was mit einem Individuum, bekannten physiologischen Gesetzen gemäss, geschehen muss, indem dasselbe den gewöhnlichen Hypnotisirungsmanipulationen unterzogen wird. Um die Sache nicht durch Berücksichtigung unbestimmbarer, hysterischer Phänomene unnöthig zu compliciren, halte ich mich bei dieser Untersuchung ausschliesslich an normale Individuen.

Bei jeder Hypnotisirung, es sei nun dass diese durch Suggestion, durch Fixation eines leuchtenden oder schallenden Objectes, oder durch „magnetische“ Streichbewegungen hervorgerufen wird, zeigt es sich, dass die psychische Wirkung eine einseitige Concentration der Aufmerksamkeit ist. Welche Veränderungen im Gehirn entsprechen nun diesem anscheinend psychischen Geschehen? Auf eine Reihe physiologischer und psychologischer Thatsachen gestützt, lässt sich hierüber die an und für sich natürliche Annahme aufstellen, die Aufmerksamkeit sei ein, entweder durch einen äusseren Reiz (unwillkürliche Aufmerksamkeit) oder durch eine schon bestehende Bewegung im Gehirn (willkürliche Aufmerksamkeit) hervorgerufener, vasomotorischer Reflex, wodurch ein stärkeres Zuströmen des Blutes zu und damit eine grössere Leistungsfähigkeit in dem eben arbeitenden Theil des Sensoriums erzielt wird.

Durch diese Ansicht über die Natur der Aufmerksamkeit kann eine einfache und einheitliche Erklärung sowohl des normalen Schlafes als des hypnotischen Zustandes durchgeführt werden. Die Hauptbedingung für das Eintreten des normalen Schlafes ist bekanntlich, dass die Arbeit des Sensoriums eingestellt wird; wenn äussere Reize fehlen, und das Individuum sich mit seinen Gedanken nicht beschäftigen kann, das heisst also: wenn die Aufmerksamkeit nicht auf bestimmte Vorstellungen gerichtet ist, schläft man ein, der Organismus sei nun durch Arbeit irgend einer Art ermüdet oder nicht. Nach der psychophysischen Theorie der Aufmerksamkeit aber bedeutet dies nur, die Bewegungen im Sensorium werden aus äusseren oder inneren Ursachen in einem gegebenen Momente so schwach, dass ein vasomotorischer Reflex nicht ausgelöst wird; damit stellen sich die Bewegungen des Sensoriums vollständig ein. Auch die langsameren Bewegungen des Herzens und der Athmungsmuskeln im Schlafe können als secundäre Wirkungen davon angesehen werden, dass die vasomotorischen Centren nicht von dem Sensorium aus gereizt werden. Es wird nun ferner dargethan, dass eine dauernde, einseitige Concentration der Aufmerksamkeit, so wie sie bei den gewöhnlichen Hypnotisirungsmethoden beabsichtigt wird, ganz dieselbe Wirkung haben muss, nur mit dem Unterschiede, dass ein kleiner Theil des Sensoriums noch in arbeitsfähigem Stande gehalten wird. Die Hypnose kann demnach als ein anormaler, partieller Schlafzustand angesehen werden, in welchem die Aufmerksamkeit des Individuums nur auf den Hypnotiseur und die von ihm ausgehenden Reize gerichtet ist. Diese Theorie findet eine Stütze darin, dass unter besonderen Umständen eigenthümliche, partielle Schlafzustände auftreten, die, wie es näher gezeigt wird, als Uebergangsformen zwischen der Hypnose und dem normalen Schlafe angesehen werden können.

Die so aufgestellte Theorie der Hypnose habe ich nun in der Art zu bestätigen versucht, dass die allgemein bekannten, hypnotischen Erscheinungen

als einfache Consequenzen der Theorie abgeleitet werden. In vier besonderen Abschnitten sind die Wahrnehmungen unter der Hypnose, die Association und Reproduction von Vorstellungen, die Association zwischen Vorstellungen und Veränderungen in den vegetativen Organen, und endlich Association zwischen Vorstellungen und Bewegungen der willkürlichen Muskeln behandelt worden, indem ich überall nachzuweisen versuche, dass im normalen Zustande analoge, obwohl oft nur minimale Erscheinungen derselben Art stattfinden. Besonders bei den Untersuchungen über die Veränderungen der vegetativen Organe scheint es mir gelungen zu sein, interessante normale Analogien nachzuweisen.

II.

Die Mechanik des apoplectischen Insults bei Embolie.

(Nach einem in der physik.-med. Gesellschaft zu Würzburg gehaltenen Vortrage.)

Von Dr. RICHARD GEIGEL.

Mit besonderer Vorliebe werden bekanntlich die Erweichungsherde im Cerebrum, die sich nach Embolie einer Gehirnarterie einstellen, zum Ausgangspunkte von Studien gemacht, welche sich auf die Localisation der einzelnen Functionen der Gehirnsubstanz beziehen; mit Fug und Recht, denn kein anderer circumscripter Krankheitsherd im Hirn entbehrt so völlig der Fernwirkung auf benachbarte und weiter abliegende Theile wie der encephalomalacische. Um so mehr muss es eigentlich unser Erstaunen erregen, dass, wie allbekannt, die ganze Scene bei Embolie einer Gehirnarterie (oft wenigstens, und immer, wenn das betroffene Gefäss ein grosses ist) eingeleitet wird von einer Reihe von Allgemeinerscheinungen, welche unbedingt eine solche Fernwirkung für ihr Zustandekommen voraussetzen. In der That lassen sich die Symptone des „apoplectischen Insults“ bei Embolie, speciell das hervorstechendste, die Störung des Bewusstseins, in wie hohem oder wie niederem Grade sie immer entwickelt sein mögen, gar nicht anders denken, als hervorgebracht durch Schädigung der ganzen Hirnsubstanz oder wenigstens des grössten Theils derselben. Jedenfalls muss im Insult nach unseren heutigen Anschauungen die graue Hirnoberfläche Sitz von Veränderungen sein, welche man ohne Weiteres nicht erklären kann durch das, was im Bereich der embolisirten Arterie allein vor sich geht.

Die dabei einzig correcte Fragestellung lautet naturgemäss: Lässt sich bei plötzlichem Verschluss einer Gehirnarterie aus den im betroffenen Gefässgebiet entstehenden Veränderungen eine mechanische Folge ableiten, welche einerseits zu einer so erheblichen Alteration der übrigen nicht direct betroffenen Gehirnprovinzen führt, dass ein „apoplectischer Insult“ davon abhängig gemacht werden kann, und welche andererseits transitorischen Charakters ist? Denn von den Symptomen des Insults bleibt, wenn sie nicht direct und unaufhaltsam wegen ihrer Intensität zum Tode führen, für die Folge nichts zurück im Gegensatz zu den dauernden Herdsymptomen im Bereich der embolisirten Arterie.

Diese so gestellte Frage kann man, wie ich zu zeigen versuchen will, bejahend beantworten.

Es sei das Gehirn, eingeschlossen in eine unnachgiebige Kapsel, versorgt zunächst nur von 2 Arterien, die den nämlichen arteriellen Druck $a = a_1$ besitzen sollen, die Spannung beider Gefässe sei die gleiche $s = s_1$. Der Druck in den bezüglichen Venen sei wieder der gleiche $v = v_1$, ebenso soll die Spannung der Wand beider Venen $\sigma = \sigma^1$ sein. Demnach ist der intracerebrale Druck d stets:

$$d = a - s = a_1 - s_1 = v - \sigma = v_1 - \sigma_1.$$

Bevor wir eine allgemeine Lösung der Frage nach der Mechanik des apoplectischen Insults versuchen, wollen wir noch die weitere Einschränkung machen, dass in einem concreten Fall der Druck in den Venen = o ist, was ja im Bereich der Möglichkeit liegt. Für diesen Fall wäre, nebenbei bemerkt, auch $\sigma = \sigma_1 = o$ und weil $d = v - \sigma$ auch $d = v$.

Wird jetzt die zweite Arterie embolisirt, so kommt in diesem Gefäss, das nur noch mit der Vene in offener Verbindung steht, der arterielle Druck in Wegfall; die Gefässspannung wird durch den Act der Embolie als solche zunächst nicht tangirt und bestrebt sich also, die embolisirte Arterie mit einer gewissen Kraft zu verengern. Diese Kraft aber ist im ersten Moment $= s_1$.

Mit dieser Grösse $s^1 = s$ sucht sich das Gefäss zu verengern und diese Zugwirkung setzt sich auf das unveränderte andere Gefäss durch den Schädelinhalt nach hydrostatischen Gesetzen fort, so dass dessen Wände mit der Kraft s_1 auseinander gezogen werden. Entgegen wirkt die gleich grosse verengernde Kraft s, so dass in diesem Augenblick die Wand des nicht embolisirten Gefässes gar keine Spannung besitzt. Für den Blutstrom in diesem Gefäss ist also einen Moment lang physikalisch gar keine Wand da, d. h. eine Ausflussöffnung gegeben. An einer solchen aber ist, wie man weiss, der Binnendruck = o, in der That ist also der arterielle Druck momentan auf o (den Druckwerth in der Vene) gesunken.

Wenn der Werth $v=v_1$ von o verschieden ist, so gestalten sich die Verhältnisse folgendenmassen.

Im embolisirten Gefäss widersteht der Spannung s_1 nicht mehr a_1 sondern v_1; mit der Grösse s_1-v_1 sucht sich das verschlossene Gefäss zu verengern; um diesen Werth wird in der Gleichung

$$a - s = d$$

die Grösse s verringert, woraus folgt

$$a - [s - (s - v)] = d \text{ oder}$$
$$a - v = d;$$

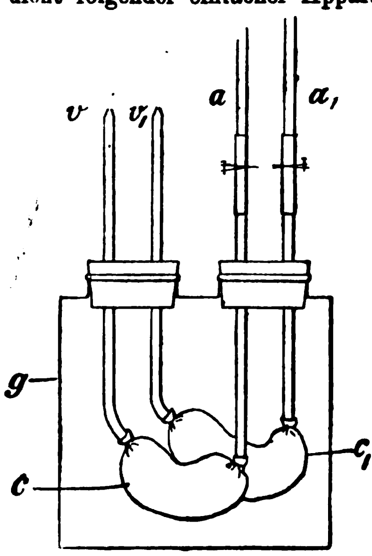
d. h. der Druckunterschied in der nicht embolisirten Arterie gegenüber der zugehörigen Vene ist gleich dem intracerebralen Druck. $a - v$ gibt die Grösse für die Triebkraft des Blutstroms im Gefäss an, so dass man sieht, dass im Moment der Embolie eines Gefässes es nur noch der intracerebrale Druck ist, der im andern Gefäss das Blut von der arteriellen Seite nach der venösen hintreibt. Für den oben angenommenen Fall, dass $d = v = o$ ist, folgt $a = o$, wie wir oben bereits geschlossen haben. Sonst wird allgemein

$$a = d + v \text{ und weil}$$
$$d = v - \sigma$$
$$a = 2v - \sigma$$

Auf diesen Werth fällt im Moment der Embolie der arterielle Druck in dem nicht betheiligten Gefäss und die dadurch bedingte allgemeine Adiämorrhysis cerebri gedeiht bei d = o bis zur completen Stase, bei d > o ist sie um so geringer, je grösser d ist, bei negativem intracerebralen Druck kann sogar a negativ werden, d. h. ein rückläufiger Blutstrom entstehen.

Sind, wie im menschlichen Gehirn nicht zwei, sondern mehr (x) Arterien vorhanden, so vermag nach hydrostatischen Gesetzen die Zugwirkung von s_1 der Spannung aller andern das Gleichgewicht zu halten, wofern jede einzeln = s^1 ist weil alle zusammen an einer entsprechend (x mal) grösseren Fläche angreifen, es wird also an dem oben erhaltenen Resultat nichts geändert.

Aus dem Herzen nachströmendes Blut gleicht die Schädigung des Blutkreislaufs im Gesammthirn mit Ausnahme des embolisirten Bezirks rascher oder langsamer je nach dem Caliber der verstopften Arterie aus, bis die Wand der letzteren sich ad maximum contrahirt und ihre Spannung völlig eingebüsst hat. *So lang aber besteht im übrigen Gehirn Adiämorrhysis und auf diese, welche mit enormer Grösse acut einsetzt, ist meines Erachtens der apoplectische Insult bei Embolie zurückzuführen.* Zur experimentellen Demonstration des Gesagten dient folgender einfacher Apparat:



Von zwei gleich hochstehenden Gefässen, die mit Wasser gefüllt sind, wird durch je eine Glasröhre a v und a v, die zugespitzt fasst das Niveau des Reservoirs erreicht, bei v und v_1 je ein Springbrunnen gespeist. Die untere Biegung jeder Glasröhre wird durch einen elastischen Gummischlauch (zu Demonstrationszwecken mit eingeschaltetem Gummicondom c und c_1) ersetzt. Dieser Theil jeder Glasröhre ist luftdicht durch eine mit Wasser gefüllte Woulff'-

sche Flasche G geleitet, welche die Schädelkapsel markiren soll. Beide Röhrensysteme sind sonst in gar keiner Verbindung mit einander.

Die aus den Hochreservoirs zur Woulff'schen Flasche herabführenden Glasröhren stellen die Arterien dar. Springen beide Fontainen gleich hoch und ich sperre plötzlich die eine Arterie a_1 ab, *so fallen beide Springbrunnen v und v_1 mit jähem Ruck zusammen*, der eine, v, der von seiner Zufuhr abgeschnitten ist, sinkt, bis sich sein aufgeblähter Condom ganz entleert hat, immer mehr und hört dann ganz auf, der andere v_1, erholt sich von diesem Augenblick an wieder und erreicht seine vorige Höhe wieder, ja übersteigt dieselbe bei genauem Zusehen sogar noch ein kleinwenig, denn jetzt ist für seinen elastischen Theil in der Woulff'schen Flasche Gelegenheit gegeben worden, sich in dem Masse auszudehnen, als sich die embolisirte Arterie zusammenzog, also der Widerstand gesunken.

Eine ausführlichere Arbeit über diesen Gegenstand wird demnächst in Virchow's Archiv erscheinen.

II. Original-Vereinsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Von Dr. König in Dalldorf.

Sitzung von Montag, den 9. Juni 1890.

127) **Kronthal**: Zwei pathologisch - anatomisch merkwürdige Befunde am Rückenmark.

K. demonstrirt Präparate aus dem Rückenmark eines Rindes und eines Kaninchens. Das erstere wies im Lendentheil eine partielle Doppelbildung auf. Das Thier hatte keinerlei Abnormität im Leben gezeigt, und auch der Fleischbeschauer fand nichts Auffallendes. Eine lückenlose Durchforschung des Organes war nicht möglich, da es bei der Herausnahme vielfach verletzt war. Die interessirende Partie wies neben dem gewöhnlichen Rückenmarksquerschnitt noch einen halben auf. Später vereinigten sich beide und man fand in einem grossen Felde normaler weisser Substanz $1^1/_2$ graue Rückenmarksfiguren. —

Das zweite demonstrirte Präparat zeigt ein intramedulläres Lipom, eine Tumorart, wie sie bisher noch nie innerhalb des Centralnervensystems gefunden wurde. Lipome innerhalb des Duralraumes sind im ganzen bis jetzt 4 beschrieben worden; auch im vorliegenden Falle wurde nach einem Zusammenhang des Tumors mit der Dura gefahndet, ein solcher aber nicht gefunden. Der Tumor liegt der Aussenseite des rechten Hinterhornes an und misst im Durchmesser etwa 2,5 mm. Er charakterisirt sich durch seine Selbstständigkeit, nicht etwa als Product zerfallenen Gewebes. Was seine Entstehungsart betrifft, so wäre die Möglichkeit zu erwägen, ob nicht ebenso wie aus dem Bindegewebe auch aus Neurogliagewebe Fettzellen entstehen könnten. Beobachtet ist es noch nicht. Die Fettzellen, die man im erkrankten Nervengewebe findet, stammen vom Myelin. K. ist der Ansicht, dass dieses Lipom

aus versprengtem embryonalem Schleimgewebe entstanden ist. Er glaubt ferner, dass, wenn das Thier, von dem die vorliegenden Präparate stammen, älter geworden wäre, das Lipom keine Erscheinungen gemacht hätte, d. h. nicht gewachsen, sondern im Gegentheil geschwunden wäre, weil, wenn zwei in ihrem Stoffwechsel so sehr verschiedene Gewebe wie das der Nerven und des Fettes in beschränktem Raume um Platz für ihr Wachsthum concurriren, das trägere Gewebe unterliegen muss. Dies ist auch der Grund, weshalb beim Erwachsenen niemals innerhalb der Nervensubstanz Lipome gefunden wurden. (Autorreferat.)

128) **Bernhardt**: Kleinere Mittheilungen.

a) Es handelt sich um ein Kind, das am 12. 6. 1889 geboren war und am 28. 2. 1890 starb. Eine Schwester der Mutter hat eine spastische Cerebralparalyse, sonst ist Heredität, speciell Lues nicht vorhanden. Vor diesem Kinde wurden 4 ganz normale Kinder geboren. Die Geburt war leicht und schnell von statten gegangen; gleich nach der Geburt zeigte das Kind, welches einen etwas grossen Kopf hatte, am oberen linken Orbitalrand eine Delle, eine rechtsseitige Facialislähmung, (es konnte nicht saugen) und eine rechtsseitige (neuroparalytische) Trübung der Cornea. Als B. das Kind zum ersten Male sah, war letztere in Heilung begriffen. Die Lähmung war eine schwere; träge Zuckung nicht nachzuweisen; neben dieser Keratitis bestand eine Herabsetzung der Sensibilität der rechten Gesichtshälfte; das rechte Auge stand vollkommen im inneren Winkel und konnte nicht nach rechts gebracht werden; das linke stand auch im inneren Augenwinkel, konnte aber nach aussen bewegt werden. Das Kind hatte eine seinem Alter entsprechende Intelligenz. Keine Lähmung der Extremitäten.

Das Kind starb an einer acuten Erkrankung der Respirationsorgane. Die Section, die im Hause gemacht wurde, musste leider auf das Gehirn beschränkt werden. An der Schädelbasis war nichts besonderes zu sehen; das Gehirn war gross, etwas ödematös. Die mikroskopische Untersuchung wurde von Herrn Dr. Kronthal gemacht. Da die Pia abgezogen worden war, liessen sich die Nerven nicht mehr untersuchen. Es fand sich eine tiefe Zerstörung des rechten unteren Vierhügels, eine weniger tiefe des oberen, und der rechten Ponshälfte. Alles was sich mit diesem Befunde klinisch nicht vereinigen lässt, ist wohl auf eine Veränderung der Nerven zu beziehen. B. meint die Entstehung des Falles sei dunkel. Vielleicht sei die Sache zu erklären durch Gegendruck in Folge einer Einwirkung auf die linke Kopfhälfte, welche auch die oben erwähnte Delle hervorbrachte.

Discussion:

Mendel hat einen sehr ähnlichen Fall in Behandlung; angeborene Lähmung des rechten Facialis, doppelseitige Keratitis neuroparalytica, Anästhesie im Gebiete aller drei Aeste des linken Trigeminus, und eine motorische Lähmung der rechten Extremitäten. M. hat die Diagnose auf einen Erweichungsherd im Pons gestellt.

Am ehesten muss man an eine Affection denken, die vom Herzen ausgeht (Embolie); hier ist am Herzen nichts Abnormes zu hören. Der hauptsächlichste Unterschied zwischen diesem Falle und dem Bernhardt's ist, dass noch eine Schlucklähmung besteht.

Sander frägt ob an der Innenfläche des Schädeldaches auch etwas zu sehen war entsprechend dem Eindruck von aussen, und ob Lues der Eltern in Betracht kommt.

Bernhardt stellt beides in Abrede.

Remak sieht nicht ein, warum die Erkrankung auf ein Trauma zurückgeführt werden soll.

M. Meyer hat auch einen ähnlichen Fall gesehen, der aber am Leben geblieben ist.

b) Bernhardt hat 4 Mal Gelegenheit gehabt, eine eigenthümliche Neurose zu beobachten. (3 Frauen, 1 Mann); die Patienten klagten über sehr merkwürdige Empfindungen unangenehmer Natur im Munde und speciell an der Zunge; diese Empfindungen waren nicht grade sehr schmerzhaft, sondern mehr unangenehm, quälend. Zu sehen war nichts. Die Leute bildeten sich schliesslich alle ein, sie hätten ein krebsiges Leiden, und suchten alle möglichen Aerzte auf. Die Geschmacksempfindung war jedenfalls nicht erheblich gestört.

Faradisiren verschaffte den Leuten oft Erleichterung.

Discussion:

Oppenheim hat diese Zustände auch öfters beobachtet. Die Grundlage der Erscheinungen ist eine verschiedene. Die Parästhesien bilden oft eine Theilerscheinung der Hypochondrie. In andern Fällen finden sich starke Varicen an der Zungenbasis; in der grösseren Anzahl von Fällen handelte es sich um Personen, bei denen die meisten Zähne schon fehlten, sodass der Involutionsprocess der Kiefer vielleicht auf die Nerven eingewirkt hat.

Mendel unterscheidet gleichfalls die Fälle, bei denen nichts zu sehen ist (Hypochondrie) von den andern; ein Mann erkrankte in dieser Weise, nachdem seine Grossmutter an Zungenkrebs gestorben war. —

An der Discussion betheiligen sich ausserdem Sperling und Kron, welche über ähnliche Fälle berichten.

III. Referate und Kritiken.

129) **Schiller** (Zürich): Sur le nombre et le calibre des fibres nerveuses du nerf oculomoteur commun. (Comptes Rendus de l'Académie des sciences. Bd. 109 pp. 530 ff.)

S. zählte die Faserzahl der nn. oculomotorii bei 3 neugeborenen, 2 vier Wochen alten, einer 6 Wochen alten und 2 mehr als ein Jahr alten Katzen.

In allen Fällen lag die Faserzahl zwischen 2950 und 3050 Fasern, somit nimmt die Zahl der Fasern dieses ausschliesslich motorischen Nerven nach der Geburt *nicht* zu; dasselbe ergab sich für die Zahl der Ganglienzellen des Kerns.

Kurella.

---

130) His (Leipzig): Die Neuroblasten und deren Entstehung im embryonalen Mark. (Archiv f. Anatomie 1889. p. 249—300.)

Aus der, feinstes histogenetisches Detail enthaltenden Arbeit sei hier hervorgehoben, dass die embryonalen centralen Ganglienzellen anfangs nur *einen* sich stetig verlängernden, aus einem fibrillär constituirten conischen Ansatzstück auswachsenden Fortsatz, den Axencylinder, besitzen. Die im Rückenmark gebildeten Neuroblasten schicken diesen Ausläufer in die vorderen Nervenwurzeln und in die Längsstränge des Marks. Die sensibeln Axencylinder wachsen ausschliesslich aus den Spinalganglien in Rückenmark und Oblongata hinein, sodass in letzterer von sensibeln Nerven-Kernen keine Rede sein kann.[1]

Kurella.

---

131) Gaule (Leipzig): Zahl und Vertheilung der markhaltigen Fasern im Froschrückenmark. (Königl. Sächs.-Gesellsch. d. Wiss. Bd. 15. Nro. IX.)

Aus der an Zählungsergebnissen und topographischen Ermittelungen überreichen Arbeit möchte Ref. mit besonderer Rücksicht auf die Feststellung von Birge, dass beim Frosch die Anzahl der Vorderhornganglienzellen gleich ist der Anzahl der vorderen Wurzelfasern — hervorheben, dass Gaule, wie Birge, den Ursprung der vorderen Wurzelfasern nahe an ihrem Eintritt ins Rückenmark gefunden hat, und dass jeder Wurzelfaser mehrere Fasern der weissen, centripetal laufenden, Rückenmarkssubstanz zugeordnet sind; die Bedeutung dieser Feststellung für die Theorie der Coordination liegt auf der Hand.

Kurella.

---

132) P. Flechsig (Leipzig): Ueber eine neue Färbungsmethode des centralen Nervensystems. (Archiv f. Anatomie Physiolog. Abtheilung 1889 H. 5 u. 6.)

In Müller'scher Flüssigkeit gehärtete Scheiben von Hirnstücken kommen entwässert, auf mehrere (bis 8) Tage in eine $^1/_9$% Lösung des Extractum purum vom japanischen Rotholz, der einige Gramm einer gesättigten Lösung von Weinsäure und Glaubersalz zugesetzt sind. Es ergeben sich dabei für die Axencylinderfortsätze dieselben Befunde an den Rindenzellen, wie bei der Golgi'schen Methode.

Kurella.

---

133) Kultschitzky: Neue Methode der Haematoxylinfärbung. (Anatomischer Anzeiger 1889. p. 223.)

1 Gramm Haemotoxylin, in gesättigter alcoholischer Lösung, 20 gr. gesättigte Borsäurelösung, 80 gr. aqua destillata gemischt; vor der Verwendung in die Farbschale 2—3 Tropfen Essigsäure. Tingirung der in Müller'scher Lösung Kupferacetat gehärteten Schnitte für 20 Stunden. Dabei färben sich die markhaltigen Nervenfasern blau resp. violett.

Kurella.

---

[1] Vergl. dieses Centralbl. 1889 pag. 638.

134) H. Zwaardenmaker: Over de norma der reukscherpte. (Ueber das Maass der Riechschärfe.) (Nederlandsch tydschrift voor geneeskunde. 22. Febr. 1890.)

Z. versteht unter Norm nicht den idealen Typus der sich bei jedem einzelnen mehr oder weniger vorfinden sollte, sondern eine Figur mit breiten aber nicht scharfen Umrissen, die sich bei der Majorität einer bestimmten Altersklasse findet und von der der einzelne nicht abweichen soll. Es finden sich somit ebensoviel Normen, als sich natürliche Gruppen aufstellen lassen. In diesem Sinne lassen sich für alle menschlichen Funktionen Normen aufstellen, mit denen im täglichen Leben gerechnet werden muss. Er unterscheidet zwischen 1) Norm, — das heisst den häufigst vorkommenden Werthen und 2) Mittelwerthen zwischen den individuellen Differenzen. Er will die Riechschärfe berechnen, wie es schon längst für die Sehschärfe von Snellen geschehen ist, und in neuerer Zeit auch für die Hörschärfe. Er nimmt an, dass die Mehrzahl der Menschen eine normale Riechschärfe hätten, wenn auch einige uncivilisirte Volksstämme und einige Thiere dieselbe weit übertreffen. Er bestimmte die Riechschärfe sowohl bei normalen wie bei anosmischen Personen, im Alter von 18 bis 23 Jahren, mit Hülfe seines Kautschukriechmessers, der ihm selbst eine eben merkliche Empfindung verursachte, wenn ein olfactometrischer Cylinder bis zu einem gewissen Betrage hinausgeschoben wurde. Die Durchgängigkeit der Nasenhöhle für die Athemluft wurde genau bestimmt und ferner eine in jeder Beziehung vollständige rhinoscopische Untersuchung vorgenommen. In allen Fällen fand er, dass Leitungsapparat und wahrscheinlich auch das eigentliche Sinneswerkzeug von pathologischen Störungen frei waren. Z. setzt sehr genau die Cautelen auseinander, die er bei seinen Experimenten gegen etwaige Fehlerquellen vorgesehen hat, und die im Original nachgelesen werden müssen.

Norm ist eine Riechschärfe, welche einer Olfactie entspricht. (Normales eben merkliches Minimum.) Um diesen Werth schwanken die Riechschärfen, die in der Klinik als normal gelten können. Die Olfactie kann gemessen werden, durch Anwendung eines porösen, olfactometrischen Cylinders, der mit einer chemisch definirbaren Auflösung getränkt ist. (Das Instrument ist verfertigt von der Firma T. Hooft und Labouchère zu Delft.) Derselbe wird vor dem Gebrauch während mehrerer Stunden in eine geschlossene Flasche getaucht, die mit der betreffenden Probeflüssigkeit gefüllt ist. Dann wird derselbe innen und aussen abgetrocknet, und auf den Riechmesser aufgesetzt. Bei der Bestimmung des Perceptions-Minimums hat man dann ausschliesslich zu rechnen mit 1) der Länge, in welcher der olfactometrische Cylinder ausgeschoben wird, 2) der Concentration der als Riechquelle dienenden chemischen Substanz, d. h. also mit physicalischen Daten, die genau messbar sind. Alle übrigen Momente sind nach Z. lauter unveränderliche Daten, sodass eine physicalische Grundlage ermöglicht wird für die physiologische Maaseinheit der Riechschärfe. Van Deventer.

---

135) Skabitschevsky: Zur Frage der Innervation der Harnblase. (1890 [Russisch.])

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Die motorischen Nervenfasern der Muskelwand der Harnblase kommen aus

dem Rückenmark und zwar aus den 4. und 5. Lumbalwurzeln hervor, zum Theil auch aus den 2. und 3. Sacralwurzeln. Die sensiblen Nervenfasern der Harnblase treten in das Rückenmark durch die 2. und 3., manchmal auch 4., hinteren Sacralwurzeln. Die n. splanchnici (obere, mittlere, untere) enthalten motorische Nervenfasern, die hypogastrici sensible und motorische Nervenfasern der Harnblase. Die Erregbarkeit der hypogastrici bleibt bei Thieren circa noch eine Stunde nach Aufhören des Athmens und der Blutcirculation erhalten. Die Vasomotoren spielen gar keine Rolle im Contractionsacte der Harnblasenwand. Der Vagus enthält weder sensible noch motor. Nerven der Harnblase. Die Reflexcentra, durch welche Contraction der Harnblase herbeigeführt werden, liegen: eines im n. splanchicus inferior, das andere aber im Rückenmark. Das Rückenmark-Reflexcentrum für die Nerven der Harnblase liegt zwischen des 2. und 5. Lumbalwirbel. Der Stamm des Symphaticus-Nerven unterhalb des 6. Lumbalwirbel enthält weder sensible noch motorische Fasern der Harnblase. K. Kovalewskaja.

---

136) **G. Fasola**: Effette di scervellazioni partiali e totali negli uccelli in ordine alla visione. (Rivista sperim. di freniatria. Bd. XV. Heft 2—4. 1889.)

Verf. berichtet über die Resultate von zahlreichen partiellen und totalen Enthirnungen bei Vögeln, die er behufs Feststellung des Sitzes der Gesichtswahrnehmungen unternahm. Er kommt dabei zu dem Ergebniss, dass es bei den Vögeln eine Sehsphäre giebt, die den hintern, hintern inneren und hinteren medianen Theil einer jeden Hemisphaerenoberfläche einnimmt. Diese Sehsphäre ist aber nur der Ort, wo die Sinneseindrücke den höchsten Grad der perceptiven uund psychischen Verarbeitung erreichen; auch schon in ausserhalb der Hemisphaeren gelegenen Centren kann ein erster Grad perceptiver Verarbeitung der Sinneseindrücke stattfinden, die dem Thiere in manchen Fällen erlaubt, in durchaus zweckmässiger Weise auf die Gesichtsreize zu reagiren, wirkliche rudimentäre Urtheile darüber zu fällen und in manchen Fällen selbst eine Spur von Erinnerung daran zu bewahren. Jede Gesichtsphäre steht in functioneller Beziehung zu beiden Netzhäuten, ganz vorzugsweise aber mit der der entgegengesetzten Seite. Andere functionelle Beziehungen zwischen Sehsphären und Netzhäuten hat Verf. bei seinen zahlreichen Experimenten nicht auffinden können, also auch nicht die von H. Munk behauptete sogenannte Projection der Retina. Strauscheid (Kreuzburg).

---

137) **H. Ebbinghaus**: Nachbilder im binocularen Sehen.
(Pflüger's Archiv. Bd. 46 Heft 10.)

Legt man auf schwarzen Grund ein Stückchen weisses Papier, fixirt dieses einige Sekunden mit dem linken Auge, während es für das rechte Auge durch einen in deutlicher Sehweite gehaltenen weissen Carton verdeckt ist und schliesst dann plötzlich das linke Auge, ohne dabei die Stellung der Augen zu ändern, so erblickt man auf dem weissen Carton mit dem rechten Auge eine etwas verwaschene hellere Stelle, d. h. ein positives Nachbild des vorher mit dem linken Auge fixirten weissen Feldes. Ebbinghaus variirte diese Beobachtung und erschliesst damit das Gebiet binocularer Nachbilder

das sich dem binocularen Kontrast und binocularer Farbenmischung coordinirt erweist. Die Erscheinungen aller drei Gebiete lassen sich nun aus der einen Annahme herleiten, dass die Reize, welche ein Auge treffen, irgend welche centrale Processe hervorrufen, durch die für die correspondirenden Partien des andern Auges der Eindruck einer ähnlichen nur schwächeren Reizung entsteht und dass diese Processe, ganz wie die Retinalprocesse selbst, nach dem Aufhören der äusseren Reize noch eine kleine Weile nachdauern. Beim gewöhnlichen Sehen kommt hiervon nichts zum Bewusstsein, weil die Reizungen, denen die Aufmerksamkeit zugewandt ist, ohnedies für correspondirende Punkte gleich sind. Werden dagegen correspondirende Stellen verschiedenartig gereizt, so entstehen je nach Umständen binoculare Farbenmischung und binocularer Kontrast, sowie nach dem Aufhören der Reizung binoculare Nachbilder. Münsterberg (Freiburg).

---

138) **Sigm. Exner**: Verschwinden der Nachbilder bei Augenbewegungen.
(Ztschr. f. Psychol. und Physiol. der Sinnesorg. Bd. 1.)

Die bekannte Thatsache, dass bei Blickbewegungen die Nachbilder verschwinden, war von Fick und Gürber so erklärt, dass sie auf eine kurzdauernde Erholung der Netzhaut zurückgeführt wurde; der Zug der Augenmuskeln sollte den intra oculären Druck ändern, dadurch die Cirkulation im Auge begünstigen und so eine schnelle Erholung herbeiführen. Exner weist nun nach, dass diese Auffassung unhaltbar; jenes Verschwinden bei Augenbewegung kommt auch solchen subjektiven optischen Phänomenen zu, bei denen von einer Ermüdung nicht die Rede sein kann; dahin gehören die Haidingerschen Polarisationsbüschel, die Foveafigur, der Mantell'sche Fleck u. a. Exner sieht die Ursache in einer centralen Hemmung. Wir sind gewohnt, alles zu ignoriren, was die Blickbewegung genau mitmacht, da es sich dadurch eben als subjectiv verräth. So lange das Auge nicht bewegt ist, können wir objektive und subj. Erscheinungen nicht unterscheiden; bei der Bewegung sondern sie sich und eine unbewusste Hemmung unterdrückt die Wahrnehmung der subjectiven. Münsterberg (Freiburg).

---

139) **E. Hering**: Beitrag zur Lehre vom Simultankontrast.
(Ztschr. f. Psychol. und Physiol. der Sinnesorganne Bd. 1.)

Der Grundgedanke der theoretischen Erörterungen ist in folgendem Versuch ausgedrückt. Wenn auf einem grösseren weisslich-violetten Grunde sich ein kleines graues Feld befindet, so erscheint uns bekanntlich dasselbe gräulich-gelb. Nun lässt sich solcher weisslich-violette Grund auch durch binokulare Farbenmischung herstellen, wenn man eine z. B. nur dem linken Auge sichtbare rothweise Fläche mit einer nur dem rechten sichtbaren blauweisen Fläche zur binokularen Deckung bringt. Ist auf jeder dieser beiden Flächen nun ein kleines, beiderseits gleiches graues Feld derart gelegen, dass seine beiden Bilder sich ebenfalls binokulär decken, so sieht man wieder ein einfaches gräulich-grünliches Feld. Nach der psychologischen Theorie des Simultancontrastes wäre hier die violette Farbe des Grundes die

Ursache der ungefähr complementären Färbung des objectiv grauen Feldes Bringt man aber die beiden kleinen grauen Felder in eine solche Lage, dass sie nicht mehr binokular verschmolzen werden können, so ist ihre Farbe nicht, wie nach jener Theorie erwartet werden müsste, grün-gelb sondern sie erscheinen auffallend verschieden, das linke bläulich-grün, das rechte gelb und zwar eventuell sogar gesättigter als die Farbe des Grundes: Beweis, dass hier nicht die Farbe des Grundes, wie man sie eben sieht, das Bestimmende für die Art der Kontrastfarbe ist, sondern die Beschaffenheit jedes der beiden Lichter, von denen die beiden Augen erregt werden. Statt Roth und Blau kann man auch beliebige andre Farbenpaare wählen.

Münsterberg (Freiburg).

---

140) **Naunyn:** Ueber die Auslösung von Schmerzempfindungen durch Summations sich zeitlich folgender sensibler Erregungen. (Arch. f. exper. Pathologie and Pharmakologie 1889 H. 3 und 4 p. 272.)

N. versteht unter diesem Ausdruck die bei gewissen Spinalaffectionen auftretenden, in ihrer Intensität abwechselnd ab und zunehmenden Nachempfindungen tactiler Reize, die als Schmerzgefühl später als die Berührungs-Empfindung auftreten. Die Erscheinung lässt sich besonders deutlich durch schnell intermittirende Reize hervorrufen. Schon schwache aber merkliche Berührungen riefen diesen Summationsschmerz hervor; je grösser die Geschwindigkeit, mit der die Einzelerregungen folgen, desto schneller tritt das Schmerzgefühl auf; oft irradiirt der Schmerz auf eine weit grössere als die gereizte Hautpartie, er kann sogar bei unilateraler Reizung ambilateral gefühlt werden. N. hält jeden Schmerz für ein reflectorisch durch Summation angeregtes Phaenomen, das Beschriebene also nur für eine Verstärkung des normalen Verhaltens; er sucht der Irradiation wegen den Ort des Vorgangs in der grauen Substanz. Kurella.

---

141) **J. B. Stair** (Spirit Lake, Ja.): Fatal case of diphtheritic paralysis. (Ein tödtlicher Fall von diphteritischer Lähmung).

(The Medic. Record. 18. Mai 1889.)

Bei einem 9 jährigen Mädchen wurde 4 Wochen nach Ablauf der Diphtheritis Lähmung des Gaumensegels pp. beobachtet, an die sich bald Parese der Stimmbänder, dann auch der Beine anschloss; 3 Wochen später trat der Tod durch Paralyse des Herzens und der Respirationsmuskeln ein.

Voigt.

---

142) **Fr. Hallager:** Postepileptisk Albuminuri.

(Nordiskt medic. Archiv. Band XXI. Nr. 17.)

Zwischen den verschiedenen Forschern ist nicht Einigkeit vorhanden, ob eine „postepileptische Albuminurie“ existirt oder nicht, einige haben sie gefunden, andere nicht. Verf. hat 1. zwei Epileptiker mit constanter Albumi nurie untersucht, und hat immer nach den epileptischen Anfällen eine sehr-

deutliche Vermehrung der procentischen Albumenmenge gefunden; und 2. ist es ihm bei 13 Epileptikern gelungen den ersten Urin *nach* einem Anfall, der ganz kurze Zeit, nachdem sie den letzten Urin entleert hatten, eingetroffen war, zur Untersuchung zu bekommen, und fand er dann immer Albumen, während er sonst bei diesen Pat. oft vergebens suchte. Er meint daher, dass Albumen immer in solchem Urin, der unmittelbar nach einem epileptischen Anfall secernirt wird, zu finden ist, wenn er nur nicht mit früher oder später secernirtem Urin gemischt wird. Vielleicht liegt hierin die Erklärung der verschiedenen Resultaten der Forscher. Helweg.

---

143) **Ed. Schwarz** (Riga): Ueber Akromegalie. (Vortrag in der Ges. prakt. Aerzte zu Riga am 2. 14. Mai 1890.)

Demonstration und genaue Beschreibung eines 51 jährigen Steuerbeamten, bei dem sich seit 2 Jahren die Symptome von Akr. ausgebildet haben. Keine Heredität, Hände waren immer gross. Die eingetretene Volumszunahme betrifft hauptsächlich den Kopf (Umfang 610 mm), Gesicht besonders betheiligt, Unterkiefer reicht 0,3 Ctm. über den Oberkiefer, Zähne stehen jeder distinkt, Zunge stark hypertrophisch, Rachen eng. Haut ziemlich normal, war 1889 über der Stirn geröthet. Thyreoïdea nicht zu palpiren. Keine Dämpfung über dem Manubr. sterni. Hände sehr gross, Füsse zeigen keine Volumszunahme gegen früher. Sexuelle Potenz erhalten. Psyche frei. Die 1889 bestehende Schlafsucht ist gewichen, seitdem Pat. der sehr stark rauchte und mässige Menge Alkohol zu sich nahm, beide Gewohnheiten aufgab. Keine Sehstörung. Ophtalmoskop. fand S. 1889 *starke Erweiterung der Arterien*. Daraufhin Ordination von Extr. secal. corn. liquid. (Pharmak. brittic) 3 mal tägl. 1 Theelöffel. Seither die Netzhautarterien enger geworden und die Lippen weniger unförmlich. Ausführliche Publication des Falls wird erfolgen. Mercklin (Riga-Rothenberg).

---

144) **Röhrig** (Erlangen): Nervöses Herzklopfen nach Influenza. (Neur. Centralbl. 1890. Nro. 11.)

In der Erlanger Garnison hat R. in den Monaten December bis März 239 Influenza-Kranke beobachtet. Nahezu in allen Fällen verlief der Process vorzugsweise mit Erscheinungen im Nerven- und Gefässsystem. Besonders sind 3 Fälle hervorzuheben, bei welchen die Symptome des nervösen Herzklopfens in Scene traten.

1) Ein Unteroffiicier, 22 Jahre alt, $1^1/_2$ Jahre dienstespräsent, kräftig gebaut, stets vollkommen gesund gewesen, erkrankte im Januar an Influenza und im darauffolgenden Monate an einem Rückfall derselben; bei diesem Recidive in der Reconvalescenz deutlich ausgesprochene, selbst nach geringen körperlichen Anstrengungen zu Tage tretende Herzpalpitationen.

2) Ein Gemeiner, $22^1/_2$ J. alt, von etwas schwächlicher Constitution, jedoch stets gesund und dienstfähig, überstand im Januar 2mal Influenza; bei der 2. Erkrankung in hervorragendster Weise das Symptomenbild der Hyperkinese des Herzens; auf die geringsten Veranlassungen hin Auslösung der Paroxysmen.

3) Ein Gemeiner, 22 J. alt, 1/2 J. im Dienste stehend, physisch den Anforderungen des Dienstes vollkommen genügend, bisher nie krank, wurde im Januar und Februar von Influenza befallen; nach Ablauf des Rückfalles Cardiopalmus energisch aufgetreten.

In allen diesen Fällen konnten somit die nervösen Störungen des sonst keine organische Läsion darbietenden Herzens *bei den Recidiven* wahrgenommen werden. Alle von R. beobachteten Rückfälle (im Ganzen 29) verliefen mit viel heftigeren Erscheinungen, als es bei der ersten Infection der Fall war.

In sämmtlichen oben angeführten Fällen machte sich während der 2. Erkrankung eine Herabsetzung der Körpernährung geltend (Anämie), und auf diese ist die in Rede stehende Herzneurose ungezwungen zurückzuführen.

Kurella.

---

145) **Enrico Morselli** (Genua): Su alcuni effetti neuro- e psicopatici dell' Influenza. (Ueber einige neuro- und psychopathische Wirkungen der Influenza.) (Riforma Medica. April 1890.)

Der Verf. weist 4 Formen nach, in denen, seinen Erfahrungen nach, die nervösen Störungen nach Influenza auftreten.

I. *Acute Neurasthenie*, gewöhnlich nicht länger wie 15—20 Tage dauernd, allgemeine Erschöpfungszustände, Müdigkeit, Appetitlosigkeit, häufig Schlaflosigkeit und Unfähigkeit zu geistiger Arbeit. In der Mehrzahl der Fälle tritt dieser acut neurasthenische Zustand nicht in erethischer sondern in torpider Form auf.

II. *Neuralgie;* M. spricht hier nur von den in der Reconvalescenz der Influenza auftretenden neuralgischen Erscheinungen, deren Hauptgebiet der Trigeminus bildet. In zwei vom Verf. beobachteten Fällen handelte es sich um das Wiedererscheinen von supra-orbitaler Neuralgie die seit mehreren Jahren geheilt schien, M. bemerkt bei dieser Gelegenheit, dass er Pinselungen mit morphinisirtem Collodium sowie Antifebrin mit gutem Erfolg angewendet hat; es handelt sich, seiner Ansicht nach bei dieser post-influenzalen Neuralgie um neuritische oder Entzündungsprocesse, wenn nicht um einfache Circulationsstörungen.

III. *Psychopathien.* Aus den Beobachtungen von Dr. de Paoli (Genua) und Dr. Levi (Mombello b. Mailand) zieht der Verf. den Schluss, dass psychische Affectionen der Influenza gegenüber eine relative Immunnität verleihen. Unter 640 geisteskranken Personen in dem grossen Irrenhause Mombello wurden nur 60, und in Ferrara von 300 Irren nur 56 von der Influenza befallen; die Gründe hierfür sind bisher noch unbekannt; der Verf. glaubt sie zum Theil in den günstigen hygienischen Verhältnissen zu erblicken, in denen sich die Irren in der Anstalt befinden.

Den Einfluss der Influenza auf den Verlauf der Psychosen hat M. in mehreren Fällen beobachtet, in der Mehrzahl derselben trat acute maniakalische, meist von Hallucinationen begleitete Erregtheit auf, die ganz den Character psychischer Erschöpfungszustände trug.

Häufig ruft auch die Influenza scheinbar geheilte Geisteskrankheiten wieder hervor, und zwar hauptsächlich bei periodischen Formen.

Ausserdem hat M. einzelne Fälle beobachtet, in denen die Influenza bei vorher geistig gesunden Personen Psychosen hervorrief, wie in den Fällen von Crichton Browne, Pick und Kraepelin. In fast allen diesen letzteren Fällen war erbliche Belastung zu constatiren.

IV. *Encephalopathien.* Bemerkenswerthe Folgen hat die Influenza auch in Fällen von progressiver Paralyse und cerebraler Syphilis nach sich gezogen. In dem einen der von M. beobachteten Fälle hat der Patient, ein 42 jähriger Paralytiker, am 10. Tage nach dem Auftreten der Grippe einen apoplectiformen Anfall, mit Gedächtnissverlust, allgemeiner Paresis, Convulsionen der rechten Körperhälfte und Fieberzuständen; nach diesem Anfall blieb eine vermehrte psychische Schwäche sowie erhebliche Sprachstörung zurück.

Der zweite Fall ist ein, an Syphilis leidender 63 jähriger Mann, den die Influenza in ausserordentliche psychische Erregung versetzte, und der am 20. Tage nach dem Erscheinen der Influenza einen apoplectiformen Anfall hatte, der von allgemeinen epileptischen Convulsionen begleitet war.

Kurella.

---

146) **C. Nicolai**; Eenige gevallen van atrophia n. optici in eene familie. (Einige Fälle von Sehnervenatrophie in derselben Familie.)

(Nederlandsch Tydschrift voor Geneeskunde. 31. Januar 1890.)

N. theilt das Vorkommen von Sehnervenatrophie mit bei einer 32jährigen Person, bei deren 29jähr. Bruder, wo dieselbe seit 2 Jahren besteht, und einen Fall von seit 16 Jahren bestehender Amblyopie bei einem 36jährigen Vetter. Bei dem 25jähr. Bruder der beiden erstgenannten waren die Papillen hyperaemisch, die Venen geschwollen, und über der Netzhaut in der Umgebung der Papille ein grauer Ueberzug, offenbar Zeichen einer Neuritis, die mit einer Atrophie enden wird. Die Mütter der genannnten Personen sind Zwillingsschwestern und haben, wie die übrigen weiblichen Mitglieder der Familie nie über Sehstörungen zu klagen gehabt.

Van Deventer (Amsterdam).

---

147) **G. Guinon**: De la maladie de Morvan. Léçon recueillie de M. Charcot.

(Le Progrès médical 1890. Nro. 11. 12.)

Diese zuerst von Morvan als schmerzloses Panaritium mit Parese der oberen Extremitäten beschriebene Erkrankung besteht in folgendem Symptomencomplex. Anfänglich treten Schmerzen neuralgischen Charakters auf, die der Parese und Analgesie vorhergehen, dazu tritt dann die Parese mit Muskelatrophie, die mehr oder weniger ausgesprochen ist und Hand und Vorderarme ergreift, endlich Analgesie, die die Hand, Vorderarme und einen Theil des Oberarmes befällt, zuweilen sich aber erst auch auf die ganze obere Extremität und selbst noch auf andere Körpertheile ausdehnt. Sie ist zugleich eine Analgesie und Anaesthesie, die sich auf Tast-, Schmerz- und Temperatursinn erstreckt und sich in dieser Hinsicht von der Syringomyelie unterscheidet, bei welcher nur relative Analgesie und Thermoanaesthesie besteht.

Das dritte Phaenomen ist das Panaritium, das anfangs sich wie ein gewöhnliches entwickelt unter Röthung und Geschwulstbildung, doch unter-

scheidet es sich von dem Letztern dadurch, dass es stets schwer ist, mit Necrose und Zerstörung der kleineren, zuweilen selbst auch der grösseren Phalangen einhergeht, und auch Verstümmelungen entstehen, die in der Mehrzahl der Fälle ganz characteristisch sind. Die unteren Extremitäten werden selten ergriffen. Das Panaritium ist ausserdem ein multiples, häufig sämmtliche oder fast sämmtliche Finger ergreifend; zwei, drei oder sechs Panaritien sind gewöhnlich. Sie entwickeln sich successive und im Allgemeinen nicht gleichzeitig und selbst in grösseren Zwischenräumen. In der Mehrzahl der Fälle ist das Panaritium schmerzlos, doch giebt es in dieser Hinsicht Ausnahmen; denn die zuerst auftretenden Panaritien können schmerzhaft sein, während die späteren es nicht mehr sind. Dazu gesellen sich noch eine Reihe von trophischen Störungen; mehr oder weniger tiefe Schrunden, Ulcerationen in den natürlichen Falten der Haut, eine Art von mal perforant der Hand bildend, und können sich diese auf die Sehnenscheiden fortsetzen. Alle diese Erscheinungen sind schmerzlos. Die Nägel fallen ab, oder sind mehr oder weniger stark deformirt; endlich wird die ganze Hand livide, die Temperatur sinkt unter die Norm. Diese trophischen Störungen beschränken sich nicht auf die oberen Extremitäten, vielmehr findet sich daneben eine Scoliose der Wirbelsäule, die mehr oder weniger ausgesprochen sein kann und in der Hälfte der Fälle beobachtet wird. Endlich können noch Arthropathien in Folge von Arthritis sicca vorkommen.

Der Verlauf ist langwierig, 10—20 Jahre und länger. Die Prognose ist ungünstig wegen der Deformationen, der Parese, welche die Kranken des Gebrauchs einer oder beider oberen Extremitäten berauben. Die Aetiologie ist dunkel, Männer werden häufiger befallen als Frauen, kein Lebensalter wird bevorzugt.

Von der Sclerodermie unterscheidet sich die Erkrankung dadurch, dass bei ersterer Necrose der Knochen nicht vorkommt, die Verstümmelungen sich erst in Folge einer Art von Resorption der Gewebe der Finger einstellen, ausserdem an den Extremitäten Parese und Anaesthesie fehlen. Schliesslich ist die sogenannte „masque sclerodermique“ so eigenartig, dass sie sofort die richtige Diagnose stellen lässt.

Die Lepra, bei welcher Deformitäten durch Gangrän, Anaesthesie und Analgesie ebenfalls vorkommen, wird sich durch die Aetiologie, durch die Angabe der Kranken, dass sie sich in Gegenden, wo Lepra herrscht, aufgehalten, unterscheiden, ferner wird die nähere Untersuchung die der Lepra eigenthümlichen Plaques am Körper finden lassen, auch entstehen bei letzterer die Verstümmelungen nicht durch Panaritien sondern durch Brand.

Die Syringomyelie geht mit Muskelatrophie einher, die jedoch stärker ausgesprochen ist, wie bei der Morvan'schen Erkrankung und mehr den Typus der Duchenne'schen Atrophie trägt. Die Sensibilitätsstörungen sind ebenfalls ausgedehnter, aber erstrecken sich nicht auf alle Grade derselben. Das Tastgefühl ist grösstentheils erhalten, während Thermoanaesthesie und zwar an grösseren Körperbezirken besteht. Trophische Störungen, Hautschrunden, Arthropathien, Scoliose finden sich auch bei Syringomyelie, doch tritt das Panaritium nur accidentell auf und bildet nicht wie bei der Morvan'schen Erkrankung die hauptsächlichste Erscheinung.

Die Ursache der Erkrankung sucht Morvan im Rückenmark und zwar in dem Theile, in dem die Brachialnerven ihren Ursprung nehmen, in der grauen Substanz der Vorderhörner, in den Seitensträngen, ferner in den Hinterhörnern und Hintersträngen wegen der totalen Anaesthesie, in den trophischen Centren wegen der trophischen Störungen. Die Autopsie eines an dieser Erkrankung Gestorbenen ergab, sclerotische Processe in den Hinterhörnern, den Hintersträngen und den centralen Partien des Rückenmarks. Die periphere Neuritis ist demnach eine secundäre Erscheinung wie die begleitenden trophischen Störungen. Die Affection selbst ist trophischen Characters. Holtermann.

---

148) **Feege** (Garnsee): Fall von Complication bei Influenza.
(Allg. med. Central-Ztg. 1890. 24.)

Ungefähr einige Tage nach Erscheinen der Influenza bildeten sich auf einmal die Symptome einer Facialislähmung aus und dieselbe bestand so lange als die Influenza. Zu bemerken ist noch für diesen Fall, dass eine Otitis media nicht eintrat. Nach Ablauf der Influenza war die Facialislähmung ohne jeden therapeutischen Eingriff spontan zurückgegangen. K.

---

149) **Gussenbauer** (Prag): Ueber Ischias scoliotica. Vortrag, gehalten im Verein deutscher Aerzte in Prag. Sitzung vom 7. Feb. 1890. (Wien. klin. Wochenschr. 1890. 10.)

Die ersten Beobachtungen über diese seltene Erkrankung machte Gussenbauer an der chirurgischen Klinik zu Lüttich im Jahre 1878. Sie betrafen zwei Fälle. Der erste Fall bezog sich auf einen Steinkohlenarbeiter, der bei seiner Arbeit gezwungen war, fortwährend in Vorwärtsbeugung zu arbeiten. Er bekam heftige Schmerzen in der linken unteren Extremität, welche immer an Intensität zunahmen, und zu denen sich eine eigenthümliche Deformation der Wirbelsäule hinzugesellte. Im zweiten Falle bekam ein Waffenschmied, gleichfalls im Anschlusse an seine schwere Arbeit, Schmerzen in der rechten unteren Extremität und später die typische Deformation der Wirbelsäule. Bis zu der Zeit war kein derartiger Fall in der Literatur bekannt. Gussenbauer nannte diese Erkrankung Scoliosis neuropathica oder Scoliosis neuromuscularis oder auch Ischias paradoxa. 1886 wurden derartige Fälle von Albert, Nicoladoni, Babinski und Schüdel beschrieben. Gussenbauer hat in Prag neun weitere solche Fälle beobachtet. In der Regel handelt es sich um Menschen, die durch kürzere oder längere Zeit an ischiadischen Schmerzen leiden, und zwar häufiger nur in einem Ischiadicus (bei mehreren Fällen auch in beiden) Die Schmerzen widerstehen in der Regel der gewöhnlichen Behandlung der Ischias, dauern an, nehmen an Heftigkeit zu, verbreiten sich in die Gluteal-, Sacral- und Lumbalgegend, und dann erst kommt es zu der eigenthümlichen Deformation der Wirbelsäule, was sich zuerst an eigenthümlichen Veränderungen des Ganges erkennen lässt. Die Fälle sind nicht alle ganz gleich, aber ein Symptom ist bei allen zu constatiren, nämlich die seitliche Deviation des Rumpfes auf der entgegengesetzten Seite, auf welcher die Ischias besteht. Hat man Gelegenheit, einen Patienten in diesem Stadium zu sehen, so macht

es den Eindruck, als wenn es sich um totale Scoliose handle. Später bilden sich alsbald compensatorische Krümmungen aus, tritt eine eigenthümliche Rotation, entweder nur angedeutet im Lendensegmente, oder auch im Brust- und Halssegmente ein. Oft combinirt sich die Scoliose mit einer kyphotischen Stellung. Die meisten Patienten haben das Bestreben, ihren Körper nach vorne zu neigen, weil sie so am wenigsten Schmerz haben. Bei der Suspension verschwindet die Scoliose, was als ein diagnostisches Merkmal verwendet werden kann.

In den ausführlichen Krankengeschichten von vier Fällen, die auf der Klinik behandelt wurden, handelte sich meist um jüngere Individuen, die im Anschlusse an eine Erkältung oder in Folge ihrer anstrengenden Arbeit an ischiadischen Schmerzen erkrankten, an die sich dann die typische scoliotische Verkrümmung der Wirbelsäule anschloss. Der dritte der Fälle, der auch demonstrirt wird, betrifft einen Mann, der am 18. November 1889 auf die Klinik kam. Zehn Wochen vor seiner Aufnahme rutschte er beim Ziehen eines Wagens aus und fiel dabei so, dass die linke untere Extremität in Streckstellung nach vorne zu liegen kam, während sein Körper in Beugestellung nach rückwärts fiel. Dabei verspürte er heftigen Schmerz; er stand wieder auf, konnte herumgehen uud seine Arbeit als Kutscher weiter verrichten. Erst später nahmen die Schmerzen zu, verbreiteteten sich gegen die Lumbalgegend, und er bemerkte, dass er schief wurde.

Der Sitz und das Wesen dieser Erkrankung wurde in verschiedener Weise gedeutet. Gussenbauer glaubte bei seinen ersten Fällen, die er beobachtete, und die sich auf Arbeiter bezogen, es handle sich um Dehnung des Musculus erector trunci und Nervendehnung. Albert ist der Meinung, dass es in Folge der ischiadischen Schmerzen zu Contracturen in den Muskeln komme. Inwieweit die Contracturen die Deviation der Wirbelsäule herbeiführen sollen, wird nicht gesagt. Nicoladoni nimmt in diesen Fällen grobe anatomische Veränderungen im Nerven an, Entzündung im Neurilemm welche ascendirende Processe setzt im Ischiadicus selbst bis in die Cauda equina, weshalb die Kranken instinctmässig die beschriebene Haltung einnehmen, um die Medulla zu entlasten. Schüdel beschuldigt, Erkrankungen in den Nerven und in den Muskeln als Ursache des Processes. Gussenbauer hat für seine Auffassung des Processes als Nervenmuskeldehnung directe Beobachtungen in der Genese dieser Erkrankung anstellen können. So verspürte ein Kranker unmittelbar im Anschlusse an das Heben einer schweren Last einen Stich in der linken Lumbosacralgegend, Schmerzen in der Glutealgegend und dem linken Ischiadicus und wurde in demselben Momente schief. Aehnliches gilt von dem heute demonstrirten Falle.

Therapeutisch erwiesen sich die bis jetzt in Anwendung stehenden Behandlungen gegen die Ischias als resultatlos. Kocher konnte mit der unblutigen und selbst blutigen Dehnung des Ischiadicus Erfolge erzielen. Gussenbauer erreichte durch Massage der Rückenmuskulatur und der Muskulatur der Oberschenkel, sowie ausserdem durch ganz typische Uebungen derjenigen Muskel, welche erkrankt sind, elektrische (faradische und galvanische) Behandlung von Muskel und Nerven und durch feuchte Einpackungen ganz ausgezeichnete Erfolge. K.

150) **Brissaud**: Des scolioses dans les neuralgies sciatiques. (Ueber Scoliose bei Ischias.) (Archiv. de Neurol. 1890 Januar.)

Verf. bespricht die gewöhnliche Scoliose, welche sich bei Ischias einstellen kann und nach der dem Sitze des Leidens entgegengesetzten Seite geht. Sodann theilt er 2 Fälle von Ischias kurz, einen dritten ausführlich mit, in denen ein umgekehrtes Verhalten stattfand. Die Neigung des Körpers war nach der kranken Seite, desgleichen die skoliotische Vorlagerung der Wirbelsäule. In dem letzten Falle bestanden erhöhte Sehnenphänomen und spastische Erscheinungen in beiden Unterextremitäten, in der schmerzhaften Gegend sogar leichte Contracturen. Letztere macht Verf. verantwortlich für die dem gewöhnlichen Verhalten bei einfacher Neuralgie zuwiderlaufende Neigung des Körpers nach der kranken Seite. Nach ihm handelt es sich um eine Neuralgie oder Neuritis des Plexus lumbo-sacralis, zu welcher meist keine, manchmal aber deutliche spastische Erscheinungen, Contracturen hinzutreten. Im ersten Fall tritt die gewöhnliche gekreuzte Scoliose, im zweiten die seltene gleichseitige auf. Otto.

---

151) **Manquat et Grasset**: Un cas de paralysie alterne de l'oculomoteur commun, avec aphasie, d'origine traumatique. (Ein Fall von alternirender Lähmung des Oculomotorius mit Aphasie traumatischen Ursprungs.)

(Le Progrès médical 1890. Nro. 6.)

Ein zwanzigjähriger Kutscher, linkshändig, dessen Mutter in Folge einer Embolie im Gehirn, dessen beide Grosseltern von mütterlicher Seite an Apoplexien gestorben waren, erlitt vor einem Jahre einen Sturz vom Wagen auf den Kopf, in Folge dessen er vier Stunden lang bewusstlos war. Nach Wiederkehr des Bewusstseins fanden sich rechtsseitige Ptosis mit Unbeweglichkeit des Bulbus und divergentem Strabismus, linksseitige Hemiplegie (Facialis unbetheiligt) Verlust des Gedächtnisses, Aphasie, unwillkürlicher Abgang von Koth und Urin. Im Verlaufe der nächsten Monate trat eine bedeutende Besserung fast sämmtlicher Symptome auf, nur stellten sich Zornanfälle heftigen Characters mit folgender Amnesie ein.

Die Untersuchung nach beinahe einem Jahre im Hospital ergab Folgendes: Rechte Pupille grösser als links, unbeweglich auf Lichteinfall, r. Bulbus nach aussen abgewichen, Strabismus divergens, Sehschärfe herabgesetzt. Beim Sehen mit beiden Augen treten Doppelbilder zur linken der gewöhnlichen Bilder auf; concentrische Einengung des Gesichtsfeldes. Geschmack, Gehör, Geruch normal. Linksseitige Hemianalgesie der Extremitäten und des Rumpfes. Intelligenz herabgesetzt, Gedächtniss schwach, Characteränderung. Linke Extremitäten in geringem Grade paretisch, leichter Tremor. Beim Gehen ist der Kranke genöthigt, hin zu sehen, wohin er den Fuss setzt, er macht kleine Schritte, setzt den Fuss glatt auf, geht langsam, das linke Bein etwas nachziehend; springen oder laufen kann er nicht. Gehen bei geschlossenen Augen ist sehr schwierig. Kniephänomen beiderseits gesteigert; trophische Störungen fehlen. Das Sehvermögen nimmt allmählich ab, auch das Gehen wird allmählig immer schlechter.

Verf. glauben, dass es sich in diesem Falle um eine Läsion des rechten Pedunculus handle, welche die Wurzeln des Oculomotorius dieser Seite dicht

an ihrem Ursprung in Mitleidenschaft zieht. Welcher Art diese Läsion ist, lässt sich nicht bestimmen. Die später sich entwickelnden Symptome, — die gleich nach dem Unglücksfall sich einstellenden, haben sich alle wesentlich gebessert, — der Gang, die Steigerung der Sehnenreflexe sind wahrscheinlich von einer Degeneration der Pyramidenstränge in Folge der Läsion des Pedunculus abhängig. Holtermann.

---

152) **J. G. Edgren** (Stockholm): Fall of diabetes insipidus med lesion of nucleus lentiformis och främre Dlen of capsula interna. (Ein Fall von Diabetes insip. mit Läsion des Nucleus lent. und des vorderen Theiles der Capsula int.) (Nordiskt medic. Arkiv. Bd. XXI. Nro. 13.)

Ein Pat., der syphilitisch inficirt war und 25 Jahr alt starb, hatte 6 Jahre lang an Diabetes insipid. von schwankender Stärke gelitten. Diese Krankheit war gleichzeitig mit Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen und rechtsseitiger Facialisparalyse entstanden. Die Cerebralia besserten sich unter Gebrauch von Jodkalium, der Diabetes aber bestand fort. Zuletzt wurde Pat. phthisisch und starb. Die Autopsie zeigt eeine linksseitige Emollition im inneren Theil des Nucleus lentis und vorderen Theil der Capsula int., und Verf. meint, dass der Diabetes von dieser Läsion, wenn nicht direct so doch indirect, abhängig ist, weil er oft bei verschiedenen Läsionen des Centralorgans beobachtet worden, und hier gleichzeitig mit den Centralien entstanden ist. — Gegen den Diabetes wurden Antipyrin, Antifebrin, Salol, Galvanisation des Sympathicus etc. versucht, aber nur Antipyrin zeigte sich wirksam; in Dosen von 4—5 Gramm täglich minderte es sehr bedeutend sowohl den Durst als die Polyurie, aber nur so lange es gebraucht wurde.

Helweg (Aarhus).

---

153) **W. Feilchenfeld** (Charlottenburg): Zur Casuistik der Augenmuskel-Lähmungen. (Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde, Mai-Heft. 1890.)

A. Z., 16 Jahre alt, stellt sich am 5. October 1888 wegen Doppeltsehens vor. Am 3. October wurde ihm von einem Freunde eine kleine Schnittwunde, die er sich am Daumen der linken Hand zugezogen, verbunden. Er fiel dabei in Ohnmacht, stiess mit dem Hinterkopf im Fallen an eine Ofenthüre und blieb eine halbe Stunde bewusstlos. Krämpfe soll er dabei nicht gehabt haben. Gleich nach der Rückkehr des Bewusstseins beobachtete er Doppelsehen, ohne sonst irgend welche Beschwerden zu empfinden.

Bei der Untersuchung völlige Paralyse des linken Abducens.

Am Kopfe ist ein Zeichen des erlittenen Trauma nicht mehr aufzufinden; Patient selbst kann die Stelle des Hinterhauptes, an welcher der Stoss einwirkte, nicht angeben.

Therapie: Electricität, Jodkali: 6. Nov. Paralyse ganz beseitigt.

Sehr auffallend ist hier das Auftreten einer Lähmung im Bezirke eines einzigen Nerven als alleinige Folge eines auf den Kopf einwirkenden Stosses: Es kann sich kaum um etwas Anderes handeln, als um eine Circulationsstörung oder wahrscheinlicher um eine kleine circumscripte Hämorrhagie an der Stelle des Kernes des Abducens oder des noch hypothetischen Rindencentrums desselben,

Purtscher[1]), der vor kurzem eine sorgfältige Zusammenstellung aller veröffentlichen Fälle von traumatischer Abducensparese brachte, erwähnt einige wenige analoge Fälle. Kurella.

---

154) **Pilliet**: Hémiplégie sans lésions en foger de l'encéphale. (Hemiplegie ohne Herdläsion im Gehirn.) (Le Progrès médical 1890 Nro. 7.)

Ein 67 jähriger Coiffeur, Arthritiker mit Varicen, Haemorrhoiden, trophischen Störungen an den Nägeln, Blepharitis ciliaris, erleidet eine Hemiplegie der rechten Seite mit Aphasie; nach zwei Monaten Wiederkehr der Sprache und Besserung der hemiplegischen Erscheinungen. Acht Monate darauf nur rechtsseitige Hemiplegie ohne Aphasie. Aufnahme in's Hospital. Zittern der Zunge, jedoch keine Abweichung derselben, Pupillen weit aber gleich, Tremor der Hände, grobe Kraft herabgesetzt, Sensibilität erhalten. Kniephänomen beiderseits schwach; an der rechten unteren Extremität Hyperaesthesie. Unwillkürliche Urinentleerung. Intelligenz, namentlich Gedächtniss stark geschwächt; während der Nacht Delirien.

In den nächsten Tagen Contracturen im rechten Arm, die sich noch an den Halsmuskeln und denen der unteren Extremität und des linken Armes entwickeln. Brandschorf am r. Ellenbogen. Unter Fieber, Aphasie, Tremor der Extremitäten und Coma trat nach 3 Monaten der Tod ein.

Die Autopsie ergab Arteriosclerose der Aorta, dagegen war im Gehirn weder ein alter noch ein neuer Herd zu finden, es fand sich überhaupt nichts Abnormes ausser Atherom der Basilaris. Holtermann.

---

155) **Ladame** (Génève): Un cas d'abasie-astasie sous forme d'attaques. (Fall von anfallsweise auftretender Astasie und Abasie).

(Archiv. de Neurol. 1890 Januar.)

Den bis jetzt in der Literatur niedergelegten Fällen, deren Zahl 13 beträgt, fügt Verf. seinen neuen manches eigenthümliche bietenden Fall bei. Es handelt sich um einen 54 Jahre alten Mann, der 13 Jahre in Südamerika herumgewandert war und verschiedene Fieberkrankheiten durchgemacht hatte. 1864 bekam er dort zum ersten Mal einen Schwindelanfall, wurde bleich und glaubte sterben zu müssen. Bald darauf trat ein zweiter ein, gerade als er auf dem Marsch war. Er spürte einen Ruck in seinem Kopf und konnte nicht mehr marschiren, musste sich sofort hinlegen, konnte auch trotz aller Versuche sich nicht erheben und auch nicht sprechen oder schreien. Das Bewusstsein war bei diesen Anfällen nicht gestört. Nach einigen Minuten konnte er wieder aufstehen und gehen. Seit dem ersten Anfall blieb bei ihm der Gedanke daran bestehen, dass er nicht gehen könnte. Abgesehen von weichem Schanker mit angreifender antisyphilitischer Kur und leichtem Sonnenstich konnte er nichts in Betreff der Entstehung seiner Leiden anführen. 1869 kam wieder ein Schwindelanfall und die Unfähigkeit zu gehen. Seit dem hatte er heftige Schmerzen besonders in der Ferse, welche mehrere Jahre dauerten. Allmählig verlor er die Fähigkeit zu gehen. Seit einigen Jahren

[1]) Archiv f. Augenhlkde. XVIII. pag. 387 ff.

kann er nur einige Schritte machen und es tritt dann plötzlich, indem er gleichsam einen Hammerschlag im Nacken spürt, ein Anfall von Astasie und Abasie auf. Er muss sich dann rasch setzen, vermag auch nicht zu sprechen. Später besserte sich sein Zustand zeitweise, sodass er längere Zeit gehen konnte, jedoch herrschte meist der Gedanke vor, dass er nicht gehen könne. Bei dem körperlich kräftigen und keine sonstigen krankhaften Erscheinungen bietenden Manne trat stets, wenn er ein Paar Schritte gegangen war, ein Zustand von Astasie-Abasie auf, welcher ihn veranlassen überhaupt nur noch auszufahren. Dieses unfallartige Auftreten macht die Eigenthümlichkeit des Falles aus, welchen Verf. im übrigen besonders mit Rücksicht auf den Mutismus dem Gebiet der Hysterie zuweisen möchte. Otto.

---

156) **Huet** (Leyden): Hysterische Facialis-Paralyse.

(Nederl. Tydschrift voor Geneeskunde 1889 Nro. 30.)

Prof. S. D. L. Huet nahm am 22. August 1888 auf seiner Abtheilung des academischen Krankenhauses zu Leyden wieder einen Fall dieser Art auf, der vollkommen als einfache centrale Lähmung imponirte, und einen Beweis liefert für die Unhaltbarkeit der Charcot'schen Ansicht, dass hysterische Facialis-parese niemals vorkommt. Der Verf. liess eine photographische Aufnahme von der Patientin machen, die mit einer andern, vor dem Auftreten der Parese gemachten, verglichen werden konnte. Die Patientin, ein 25jähriges Dienstmädchen, litt bis zum 10ten Jahr an Epilepsie, später an ulcus ventriculi, Blutbrechen und einer erst rechtsseitigen dann auch linksseitigen Paralyse, die circa drei Jahr dauerte. Seither war sie gesund, bis im 21sten Jahr Menostase auftrat. In der Nacht vom 14. zum 15. August wurde sie durch einen heftigen Schreck im Schlafe gestört. Kurz nach dem Aufstehen wurde sie plötzlich bewusstlos und konnte darauf weder gehen noch sprechen. Die Fähigkeit zu gehen kehrte nach ein paar Tagen zurück. Die Patientin, sonst ein gesundes, flinkes, psychisch intactes Mädchen, war anfangs vollkommen stumm und sprachlos, (mutismus) später konnte sie einsilbige, monotone Laute in derselben Tonhöhe ausstossen, vermochte aber nicht zu flüstern. Die Bewegungen der Lippen, der Zunge und der Stimmbänder beim Athemholen und bei den Versuchen zur Phonation waren ungestört. Bei Untersuchungen des Gesichts bemerkt man zuerst, dass die rechte Augenlidspalte etwas weiter ist als die linke (Lähmung des m. orbicul. palp.), die Naso-labialfalte ist rechts weniger deutlich, als links. Das rechte Auge kann allein nicht geschlossen werden; das linke dagegen sehr gut. Gleichzeitig können beide fest zugekniffen werden, wobei links am äusseren Augenwinkel Runzeln zum Vorschein kommen, rechts nicht. Frontalis und corrugator kann sie nicht einseitig in Bewegung bringen, bei beiderseitigem Zusammenziehen ist kein Unterschied in den Hautfalten zu constatiren. Links kann sie die Backe und einen Mundwinkel in die Höhe ziehen, rechts nicht. Bei beiderseitigem Hochziehen der Nase entstehen links viel stärkere Runzeln als rechts. Beim Aufblasen der Backen ist die rechte mehr gewölbt, als die linke und entweicht die Luft am rechten Mundwinkel. Beim Kauen bleiben die Speisen zwischen der rechten Backe und dem Kiefer liegen, der rechte Nasengang ist trockner

als der linke, das Gaumensegel steht rechts etwas niedriger als das linke, Alle unilateralen Bewegungen sind unvollkommen und fast unmöglich, während bilaterale, associirte Bewegungen ohne Schwierigkeit vor sich gehen. Die Diagnose auf centrale Facialis-lähmung ist also unzweifelhaft richtig. Weitere Symptome von Hysterie waren: Globus, points douloureux, functionelles Brechen, Hemi-parese, vollständige Hemianaesthesie und Hemianalgesie der ganzen rechten Seite, die allmählich zunahm, am 20. Oktober gepaart mit einer ähnlichen, sich links ausbreitenden Affection.

Im Gesicht wurden später nicht nur die Empfindungsnerven, sondern auch die motorischen ergriffen, sodass das Kauen mühsam wurde, das Beissen unmöglich. Am 22. September traten hystero-epileptische Anfälle auf, sodass das Bild von Hysteria gravis ein vollständiges wurde.

Im April 1886 hat Referent einen ebensolchen Fall mitgetheilt, den er bei einer Hystero-epileptica oder richtiger gesagt, bei einer an Hysteria gravis leidenden Patientin beobachtet hat. Am 20. Okt. war die Paresis der linken Gesichtshälfte noch etwas bemerkbar, schien aber bei einem späteren Besuch ganz verschwunden zu sein.

van Deventer (Amsterdam).

---

157) **P. Richer** (Paris): Observation de contracture hystérique guérie subitement après une durée de deux années.

(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. 5. 1889.)

Ein 11 jähriges Mädchen zog sich angeblich nachdem sie eine Nacht in unbequemer Stellung geschlafen hatte, eine Contractur der rechten Extremitäten zu. Der Arm war in allen Gelenken gebeugt, die Hand ruhte auf dem Rücken; letztere Affection hatte sich schon langsam verloren, als Pat. im 15. Lebensjahre in die Beobachtung des Verf. kam. Damals bestand nur noch die Contractur des rechten Beines. Das ganze Bein war extendirt, ebenso der Fuss in so hohem Maasse, dass nur die Ferse den Boden berührte, während der ganze übrige Fuss in die Luft ragte. Während des Schlafes verschwand die Contractur völlig, um beim Erwachen noch vor dem Oeffnen der Augen schon wieder da zu sein. Orthopaedische Maassnahmen verschlimmerten das Uebel nur noch mehr. Sensibilitätsstörungen waren gar nicht vorhanden, keine Ovarie, keine Krampfanfälle. Das kranke Bein war deutlich atrophirt; die elektrische Erregbarkeit herabgesetzt. Alle therapeutischen Maassnahmen blieben fruchtlos, bis nach 2 Jahren plötzlich alle Symptome von selbst verschwanden.

Verf. sieht in diesem Falle eine cerebrale Form der hysterischen Contractur im Gegensatz zu der gewöhnlichen spinalen. Diese cerebralen Formen unterscheiden sich von den spinalen durch die grössere Beweglichkeit, das Aufhören im Schlafe, die seltsamen ungewöhnlichen Stellungen der Glieder, das Fehlen von Sensibilitätsstörungen, die Wirkungslosigkeit der aesthesiogenen Mittel und die Verwandtschaft mit der somnambulen Contractur.

Nach Dally sollen sie manchmal entstehen, wenn bei leichten wirklichen Arthritiden schmerzhafte Versuche zum Graderichten gemacht werden; doch ist diese Entstehungsweise weder nothwendig noch häufig.

Strauscheid.

---

158) **Guinon**: Sur un cas d'hystéro-traumatisme. (Ein Fall von traumatischer Hysterie.) Léçon recueillie. (Le Progrès méd. 1890 No. 16.)

Ein 24 jähriger Schornsteinfeger, der seit längerer Zeit an Schwindel leidet, fällt in einem solchen Anfalle von der Leiter, ist 10 Minuten lang bewusstlos und hat sich eine Radiusfractur zugezogen, deren Verband sehr schmerzhaft ist. Nach einem Monat Heilung der Fractur, doch besteht ein Gefühl von Eingeschlafensein in Hand und Vorderarm fort, wozu sich allmählig noch paretische Symptome gesellen, so dass der Kranke arbeitsunfähig ist. An der Bruchstelle starke Schmerzhaftigkeit des Medianus. Incision; Blosslegung des Nerven, der völlig intact war, jedoch über eine scharfe Kante der Bruchstelle verlief, die abgetragen wurde. Sofort nach der Operation Rückkehr der Sensibilität in der ganzen Extremität. Der Kranke war zwei Monate lang völlig arbeitsunfähig; dann erschien die Schwäche in der Hand wieder und nahm allmählig zu. Aufnahme in's Hospital. Völlige linksseitige Monoplegie des Armes und der Hand; grobe Kraft stark herabgesetzt, complete Anaesthesie für Tast-, Schmerz- und Temperatursinn; Muskelsinn an Hand und Unterarm erloschen, am Oberarm behalten. Keine Atrophie. Unterhalb der linken Brustwarze und in beiden Foss. iliacis hyperaesthetische Punkte. Einengung des Gesichtsfeldes beiderseits, leichter Grad von Megalopsie beiderseits, linksseitig monoculäre Diplopie; Pharynxanaesthesie, Geschmack erloschen. Schlaf gut, keine hypnagogen Hallucinationen. Es bestehen Anfälle von Schwindel, die mit Sausen in den Ohren und Klopfen in den Schläfen beginnen, dann drehen sich die Gegenstände um den Kranken von links nach rechts, das Bewusstsein schwindet aber nie, doch muss er sich halten oder hinsetzen, da er sonst leicht hinfällt: Convulsionen haben nie bestanden. Nach dem Schwindel heftiges Kopfweh, das den ganzen Tag andauert.

G. macht noch auf die schlechte Prognose derartiger Lähmungen aufmerksam.

Holtermann.

---

159) **P. Richer** (Paris): Gonflement du cou chez un hystérique. (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. 1. 1889.)

Behanntlich beobachtet man während der hysteroepileptischen Anfälle nicht selten eine Anschwellung des Halses während der tonischen Streckung des Körpers, des Opisthotonus.

Verf. beobachtete nun dasselbe Symptom längere Zeit hindurch bei einem Hysteriker, der auch Krampfanfälle, Anaesthesie, Dyschromatopsie, Einengung des Gesichtsfeldes und Anfälle von Aphasie, von Taubheit und von Lähmungen hatte. Bei diesem Pat. nun bestand ausserhalb der Krampfanfälle mehrere Monate hindurch andauernd eine Schwellung des Halses. Letztere betraf wesentlich den transversalen Durchmesser und war begleitet von einer übermässigen Rückwärtsbeugung des Kopfes, die so stark war, dass, wenn der Pat. sein Gesicht zeigen wollte, er nothwendiger Weise den Rumpf stark nach vorn beugen musste. Verf. zeigt nun, dass normaler Weise immer eine Verbreiterung des Halses bei Rückwärtsbeugung vorkomme; ja man kann auf diese Weise den Umfang des Halses um 5—6 Ctm. vergrössern;

einmal beruht dies auf der Contraction und Verdickung der Nackenmuskulatur, das andere Mal auf dem Vorsprung der vorderen Halspartien und der seitlichen Verschiebung der sternocleidomastoidei, die von den processus transversi der Wirbel emporgehoben werden. In unserem Falle bestand ausserdem eine Schwellung und Verhärtung der sternocleidomastoidei.

Dieses Bild soll nicht ganz dem der Halsschwellung während eines Anfalls entsprechen.

Der Fall ist durch 2 Abbildungen anschaulich illustrirt.

Strauscheid.

---

160) **Gilles de la Tourette** et **H. Cathelineau**: I. La Nutrition dans l'Hystérie. II. La nutrition dans l'hystérie pathologique. (Der Stoffwechsel bei pathologischer Hysterie.)

(Le progrès médical 1889. Nro. 18, 19. 31. 1890. 2, 8, 9, 10.)

Nachdem die Verf. für die normale Hysterie — d. h. solche H., bei der zur Zeit der Untersuchung nur die permanenten Stigmata der Neurose vorhanden waren ohne Anfälle etc. — nachgewiesen hatten, dass der Stoffwechsel bei derselben sich in normaler Weise vollziehe, haben sie ihre Untersuchungen auch auf die sogenannte pathologische Hysterie — also solche Hysterie, in der die Kranken neben den Stigmaten Anfälle etc. darboten, ausgedehnt und durch Analysen des Urins darzuthun versucht, ob und in welcher Weise der Stoffwechsel durch diese Erscheinung beeinflusst wird.

I. *Hysterische Anfälle.*

Untersuchungen wurden an 8 Frauen und 2 Männern, die sämmtlich nur Anfälle hatten, angestellt, auf 36 Anfälle wurden 92 Harnanalysen ausgeführt. Die Beobachtungszeit begann mit dem Einsetzen des Anfalls und endete 24 Stunden nach demselben. Der vorher gelassene Urin zeigte nie Abweichungen von der Norm. Der Urin der Kranken wurde in zwei Gefässen gesammelt, in das eine kam der direct nach dem Anfall gelassene Urin (urine primaire), in das andere der in den darauf folgenden 24 Stunden gelassene Urin (urine sécondaire).

Was die Menge des Urins anbetrifft, so bestand in der Mehrzahl der Fälle Polyurie, jedoch nur eine relative, die für die erste Urinentleerung nach dem Anfall Statt hatte, im Uebrigen blieb secundärer plus primärer Urin unter der normalen 24 stündigen Harnmenge, so dass, während die 24 stündige Urinmenge in der anfallfreien Zeit im Mittel 1140 Cubcent. betrug, für die Anfallsperiode 1014 Cubcent. gefunden wurden. Die relative Polyurie für die erste Urinentleerung nach dem Anfalle kann ziemlich bedeutend sein, oft stieg sie bis zu 700 Gramm, im Mittel jedoch betrug sie circa $^1/_3$ der ganzen innerhalb der nächsten 24 Stunden gelassenen Urinmenge. Intensität und Dauer der Anfälle schienen auf die Polyurie keinen Einfluss zu haben. Der primäre Urin war klar, hell, geruchlos, der secundäre citrongelb, von dem faden Geruch des normalen Urins; das specifische Gewicht des ersteren schwankte zwischen 1004—1010, das des secundären Urins ist beträchtlich gesteigert wohl in Folge der vorhergehenden Polyurie 1025—1026. Das specifische Gewicht des totalen (primärer plus secundärer)

Urins ist niedriger als der des normalen, circa 1016 im Mittel; während die Reaction des normalen Urins sauer ist, haben primärer sowohl wie secundärer eine sehr schwach saure Reaction.

Was den festen Rückstand anbetrifft, so war bei sämmtlichen Kranken in gleicher Weise eine bedeutende Verminderung des festen Rückstandes nachweisbar; während derselbe sonst 40—42 Gramm auf 1000 Cubiccent. beträgt, so wurden in diesen Fällen erheblich niedrigere Zahlen gefunden im Mittel 35,35 Gramm.

Der Harnstoff war bei sämmtlichen Kranken in dem Totalurin vermindert gegen die normale Menge; während die letztere bei den Frauen zwischen 18 und 22 Gramm schwankte, ging die Menge während der Anfallszeit auf 10—17 Gramm herunter; bei den Männern betrug während der normalen Zeit die 24 stündige Harnstoffmenge 24,70 Gramm und sank während der Anfallsperiode bis auf 10,6 Gramm herunter. Dabei wurde noch bemerkt, dass der primäre Urin, der eigentliche Anfallsurin, der circa $^1/_3$ der Gesammtmenge beträgt, nur $^1/_{10}$ des Harnstoffs der ganzen 24 stündigen Menge enthielt. Die Menge der Phosphorsäure, die beim normalen Menschen und bei Hysterischen im gewöhnlichen Zustande 2—2,57 Gramm beträgt, war in der Anfallsperiode schwankend zwischen einem Maximum von 1,71 und einem Minimum von 0,79, betrug also im Mittel 1,24 Gramm, während sie bei denselben Kranken ausserhalb der Anfallszeit 2,10 betrug. Der primäre Urin ist auch hier viel ärmer an Phosphorsäure wie der secundäre. Auffallend war ferner eine Verschiebung in dem Verhältniss der phosphorsauren Erden zu den Alcalien; während im normalen Urin das Verhältniss 1 : 3 beträgt, verhielten sich hier die Mengen zu einander wie 1 : 1.

Die Menge der Chloride war ebenfalls vermindert während der Anfallsperiode. In 3 Fällen wurde eine Vermehrung der Chloride gefunden über die Norm hinaus und diese Vermehrung derselben war in den betreffenden Fällen der Grund, dass ausnahmsweise für den festen Rückstand eine die mittlere Höhe überschreitende Zahl gefunden wurde, während für die übrigen Bestandtheile, Harnstoff und Phosphorsäure gleiche Minderwerthe wie bei den übrigen sich ergaben.

Die Menge der Sulfate war nicht verändert.

Abnorme Bestandtheile fanden sich nicht im Urin, weder Eiweiss noch Zucker konnten bei den 92 Analysen nachgewiesen werden.

Die Ernährungsstörungen beginnen demnach mit dem Anfall und endigen nicht später als 24 Stunden nach demselben.

Während diese Untersuchungen sich auf die classischen hysterischen Anfälle beziehen, haben die Verf. auch die in anderer Form auftretenden Anfälle in ihrem Einfluss auf den Stoffwechsel untersucht.

Es handelte sich dabei um den hysterischen Anfall in epileptoider Form, um den in Form der partiellen Epilepsie auftretenden hysterischen Anfall, ferner um die rythmische Chorea, Anfälle von hysterischem Husten und Gähnen.

Die Ergebnisse der Harnanalysen deckten sich vollständig mit den oben beschriebenen, es fand sich in allen Fällen eine Verminderung des festen Rückstandes, des Harnstoffs und der Phosphate, sowie die Aenderung in dem Verhältnisse der Erden zu den Alkalien, so dass man daraus den

Schluss ziehen kann, dass die hysterischen Anfälle in Form der partiellen Epilepsie, in epileptoider Form, die rythmische Chorea, die Anfälle von Husten und Gähnen chemisch den convulsiven Anfällen der Hysterie gleichwerthig sind, was Charcot vom klinischen Gesichtspunkte für dieselben schon lange betont hat.

Während sich die bis jetzt angeführten Untersuchungen auf den einzelnen Anfall innerhalb 24 Stunden oder ihm gleichartige Erscheinungen beschränkt, folgen jetzt solche, die den sog. état de mal hystérique betreffen, der analog dem bei der Epilepsie vorkommenden Status epilepticus sich verhält. Der Anfall selbst ist auf eine Periode des Status beschränkt, zwei oder drei tonische Convulsionen, einige klonische Zuckungen, ein wenig Stertor können den ganzen Anfall ausmachen, sodass man zuweilen mehrere tausend Anfälle innerhalb 24 Stunden beobachten kann.

Die erste Periode des grossen hysterischen Anfalls kann sich vorstellen als Status hystericus in epileptoider Form oder in Form der partiellen Epilepsie.

Die zweite Periode bildet die der „grand mouvements,“ die dritte die der „attitudes passionelles“ während die vierte die Periode der Delirien darstellt.

Endlich, wenn der Anfall endigt, tritt ein Moment ein, wo, vor dem Einsetzen eines neuen Anfalls, die Kranke in eine Art von Stupor, Schlaf, Lethargie verfällt, die in den meisten Fällen selten über einige Minuten dauert. In einzelnen Fällen jedoch beherrscht diese Periode der Lethargie die Scene und es hat dann der „état de mal léthargique ou de sommeil“ Statt.

Für alle diese einzelnen Perioden ergeben die Harnanalysen stets die gleichen Resultate. Verminderung des festen Rückstandes, des Harnstoffs, der Phosphate mit characteristischer Aenderung in dem Verhältnisse des letzteren zu einander.

Der Status hystericus ist demnach vom chemischen Gesichtspunkte aus ein verlängerter hysterischer Anfall, der sich wie dieser durch eine Abnahme des Volumens des Urins, des festen Rückstandes, des Harnstoffs und der Phosphate mit charakteristischer Aenderung in dem Verhältnisse des letzteren zu einander, das bis zur Umkehr der betreffenden Formel statthaben kann.

Die Beobachtung der durch Volumen und Menge des Harnstoffs in den Tabellen gebildeten Curve lässt die Dauer des Status sowie die Rückkehr zum normalen Zustand vorhersagen. Trotz der Verlangsamung des Stoffwechsels, die deutlich durch Abnahme des Volumens, des festen Rückstandes des Harnstoffs, und der Phosphate sich ankündigt, geht doch neben dieser eine Abnahme des Körpergewichts, die bei einer Frau von 53 Kilo Gewicht während 22 Tage im Mittel 400 Gramm per Tag betrug, einher.

Sobald der Status sein Ende erreicht hat, tritt in gleichen Verhältnissen wie die Abnahme eine Zunahme des Körpergewichtes unmittelbar ein, doch können individuelle Verhältnisse eine Aenderung herbeiführen.

Diese progressive Gewichtszunahme tritt unmittelbar ein: eine Convalescenz in chemischem Sinne wird ebenso wenig wie in klinischer Hinsicht beobachtet, wie Charcot schon lange betont hat.

Für die zweite Periode des Status hystericus — grands mouvements — fehlt die Untersuchung, da Zustände, in denen diese Periode praedominirend im Status auftrat, nicht vorkamen. Holtermann.

161) Gilles de la Tourette et H. Cathelineau: La Nutrition dans l'Hypnotisme. (Der Stoffwechsel in der Hypnose.) (Le Progrès médic. 1890 Nro. 17.)

Die Untersuchungen stehen in engem Zusammenhang mit denen, welche die Verf. hinsichtlich des Stoffwechsels in hysterischen Zuständen angestellt haben und welche letztere zur Zeit noch nicht völlig abgeschlossen sind. In beiden Fällen wurde die gleiche Methode angewandt, der Urin, der innerhalb der letzten 24 Stunden vor dem Experiment gelassen war, wurde analysirt, dann der während der Experimente und in den darauffolgenden 24 Stunden aufgefangene, ebenfalls der gleichen Analyse unterzogen und aus der Vergleichung der Resultate dann die Unterschiede festgestellt.

3 Frauen, sämmtlich hysterisch und mit den charakteristischen Stigmaten des Hypnotismus in seinen 3 Perioden Lethargie, Katalepsie und Somnambulismus, wurden zu diesen Untersuchungen ausgewählt, die in Zwischenzeit der Menses ohne Aenderung des täglichen Regimens angestellt wurden. Durch Druck auf die Bulbi wurden alle drei in Lethargie versetzt, die eine Stunde dauerte. Die Urinausscheidung vom Tage vorher war normal; am Tage des Experiments aber zeigte sich, dass durch eine Stunde Hypnose die Menge des Urins sich nicht ändere, dass dagegen ein beträchtliches Sinken des festen Rückstandes, des Harnstoffs und der Phosphate Statt hatte, und dass auch hier wie bei der Hysterie eine Umkehrung der Formel in dem Verhältniss der Erden zu den Alcalien sich offenbarte. Während nämlich im normalen Urin das Verhältniss der phosphorsauren Erden zu den Alkalien 1 : 3 oder 30—35 : 100 beträgt, betrug es in diesen Fällen 1 : 1 oder vielmehr von 75, 103, 120 : 100. Es beeinflusst demnach eine Stunde hypnotischer Lethargie die Urinsecretion innerhalb 24 Stunden in derselben Weise wie ein hysterischer Anfall von gewöhnlicher Intensität.

Einige Zeit darauf wurden dieselben drei Frauen in den kataleptischen Zustand der Hypnose versetzt; da es nun eben unmöglich ist, hysterische Kranke eine Stunde lang in Katalepsie zu lassen, ohne einen Anfall zu riskiren, so mussten sie alle 5—10 Minuten für einige Zeit in den lethargischen Zustand versetzt und dann wieder in Katalepsie zurückversetzt werden. Die Versuche ergaben hinsichtlich der Urinanalyse eine beträchtliche Herabsetzung des Volumens, des festen Rückstandes, des Harnstoffs und der Phosphate mit charakteristischer Umkehr der Formel der letzteren.

Die Harnanalysen, die bei den in den Somnambulisme actif versetzten Kranken gemacht wurden, ergaben die oben mitgetheilten analogen Resultate.

Wiederholungen der Versuche lieferten stets gleiche Ergebnisse. Für den état de mal hypnotique, der an zwei Individuen für 10 Stunden in der lethargischen Form hervorgerufen wurde, weil längere Dauer der Katalepsie Anfälle hervorrufen kann, Zustände von somnambulisme actif für eine längere Periode aber unaufhörlich zu überwachen, zu schwer ist, ergab die Untersuchung des Urins ebenfalls beträchtliche Aenderung des Volumens, des festen Rückstandes, des Harnstoffes, der Phosphate mit Inversion der Formel für das Verhältniss des letzteren. Auch in diesen Fällen änderte eine Wiederholung der Versuche Nichts an den gemachten Erfahrungen. Die Resultate stimmen mit den für die Hysterie gewonnenen überein und beweisen:

1., dass der Hypnotismus unzweifelhaft ein hervorgerufener pathologischer Zustand ist.

2., dass in chemischer Hinsiht wie in klinischer Hypnotismus und Hysterie zahlreiche enge Beziehungen zu einander haben. Der sogenannte zweite Zustand giebt in chemischer Hinsicht nur negative oder schwache Resultate in dem angegebenen Sinne, geradeso wie die hysterischen Contracturen und Lähmungen die Urinausscheidung wenig oder gar nicht beeinflussen, es bedarf der Krisen, um Modificationen herbeizuführen. **Holtermann.**

---

162) **Cullerre**: Les épileptiques arithenomanes. (Arithenomanie bei Epilepsie (Ann. méd. psych. 1890 Januar.)

Unter Arithmomanie ist ein krankhafter Trieb zu verstehen im Kopf alle möglichen meist zwecklosen Berechnungen anzustellen, ohne begleitende peinliche Gefühle oder Angst etc. wie sie bei Zwangsdenkern vorkommen. Verf. beobachtete die genannte Erscheinung bei einer Reihe von Epileptischen (7 Männer, 1 Frau), die er kurz schildert. In 3 Fällen handelt es sich um Zeitbestimmungen und zwar Theilung von gewissen Zeiten in kleinere Zeiteinheiten, z. B. Berechnung der Sekunden eines Jahres, Minuten eines Jahrhunderts oder von 100,000 Jahren. Die Resultate der Rechnungen sind gewöhnlich falsch. Ein so intensives Zahlenleben sieht man sonst nur bei Leuten von Fach, aus gewissen Ständen, Kindern und sehr selten bei gewissen Hereditariern. In 4 anderen Fällen bezogen sich die Berechnungen auf andere Dinge, welche dem Ideenkreis des Betreffenden näher lagen z. B. rechnete ein früherer Wirth mit Flaschen, Tassen unter Zugrundelegung verschiedener Striche die etwaigen Gewinste aus, ein junger Mensch multiplicirte schulmässig Zahlen mit einander und ihre Produkte desgleichen in infinium, ein anderer Mann rechnete nur mit Geld etc. **Otto.**

---

163) **C. M. Hay** (New-York): Unusual epileptic phenomena. (Journal of nervous and mental disease. Juni 1889.)

Verf. beobachtete zur Zeit in der New Yorker Staatsirrenanstalt 57 Epileptiker. Er fand etwa bei der Hälfte keine Aura; wo eine Aura vorhanden war, variirte die letztere ausserordentlich. Die einen hatten nur abnorme Gefühle an dieser oder jener Stelle, die andern Hallucinationen des Gehörs und Gesichtssinnes oder ähnliche Erscheinungen. Ausserdem theilt Verf. mehrere interessante Beobachtungen von Veränderung des Charakters des Anfalls mit. Zwei Patientinnen zeigten Laufepilepsie und zwar waren diese Anfälle, die nur aus Laufen bestanden, ganz an die Stelle von früheren typischen epileptischen Anfällen getreten. Die eine Pat., welche während des Laufens alles mögliche zertrümmerte, durcheinander warf, wurde nach einiger Zeit ruhig, ordnete wieder alles, was sie in Unordnung gebracht hatte, antwortete auch langsam auf Fragen, sprach aber nie von selbst und erwachte erst aus diesem somnambulen Zustande, wenn sie alles geordnet hatte. Während dieser Zeit von Automatismus war sie auch Suggestionen zugänglich. Nachher bestand absolute Amnesie.

Eine dritte Patientin hatte vom 2.—7. Jahre Chorea; als dann letztere heilte, schloss sich Epilepsie an, zuerst in typischen Anfällen. Später traten aber daneben Anfälle auf, in denen sie das Bewusstsein nicht verlor; diese wurden eingeleitet durch Schmerzen in den Beinen, während des Anfalls Zuckungen der Gesichtsmuskeln, tonische und klonische Krämpfe der Rücken-

und Armmuskulatur. Das Bewusstsein blieb erhalten, auch fiel Pat. nur, wenn sie typische epileptische Anfälle bekam. In einem vierten Falle fand sich Nebeneinanderbestehen von epileptischen und hysterischen Krampfanfällen.

Strauscheid.

---

164) A. **Paris** (Châlons-sur-Marne): Epilepsie somnambulique avec accidents cataleptiformes. (Archives de Neurologie. Sept. 1889.)

Ein 23 jähriger junger Mann aus nervöser Familie hatte schon im Alter von 4 Jahren epileptische Anfälle die zuerst selten waren, später häufiger wurden. Er konnte aber das Nöthigste in der Schule lernen. Ausserdem war Pat. somnambul; mitten in der Nacht erhob er sich und verrichtete automatisch einige Arbeiten; am andern Morgen wusste er von nichts. In späteren Jahren war Pat. zu nichts zu gebrauchen; er zeigte meist eine tiefe Verschleierung der intellectuellen Fähigkeiten, trieb sich viel umher ohne etwas arbeiten zu können. Er wurde deshalb in die Irrenanstalt gebracht; doch hatte er meistens in der Nacht epileptische Anfälle, die sich am andern Morgen durch Bettnässe und frische Zungenbisse kennzeichneten. Am 25. Januar blieb Pat. nach einem nächtlichen Anfalle Morgens im Bette liegen und war nicht zu erwecken. Die Pupillen waren sehr weit, reagirten gar nicht auf Lichteinfall. Man konnte die Glieder in verschiedene Stellungen bringen, aber dann nicht mehr in die früheren Stellungen zurückbringen. Nach mehreren Stunden gelang es durch starken Druck auf den linken Hoden Pat. zum Erwachen zu bringen. Am folgenden Tage zeigte Pat. denselben Zustand; diesmal nutzte der Druck auf den linken Hoden gar nichts, erst starker Druck auf den rechten Hoden brachte den Kranken zum Erwachen.

Uebrigens waren in diesem Falle die Hoden durchaus nicht Sitz irgend einer Aura, auch war Pat. kein Onanist oder sonst geschlechtlich erregt. Verf. will den Gegenstand weiter verfolgen. Strauscheid.

---

165) **Ch. Féré u. H. Lamy** (Paris): Sur un cas d'épilepsie dont les accés se multiplient sous l'influence d'irritations périphériques.

(Nouvelle iconographie de Salpêtrière. 5. 1889.)

Bei einem Epileptiker, der schon lange an typischen Anfällen litt und daneben häufige Schwindelanfälle hatte, stellte sich zum ersten Male im Jahre 1884 eine Aura ein, die von einer kürzlich entstandenen Schwiele der linken Fusssohle ausging. Mechanische Reizung der Schwiele vermochte einen Anfall herbeizuführen. Dieser Zustand blieb lange Zeit bestehen, weshalb später eine Behandlung der Schwielen eingeleitet wurde (besondere Schuhe, Tanninabwaschungen etc.). Dadurch wurden die Krampf- wie die Schwindelanfälle beträchtlich vermindert. Als man später den Gebrauch der Schutzschuhe wegliess, verschlimmerte sich der Zustand wieder; Pat. fühlte damals vor dem Anfall immer das Bedürfniss zu uriniren; konnte er diesem nachkommen, so blieb der Anfall aus, wenn nicht, so kam ein solcher zu Stande. Pat. trug dann wieder seine besonderen Schuhe; seine Anfälle verminderten sich beträchtlich. Erst im Jahre 1889 trat in Folge einer Phlegmone des Fusses wieder eine vorübergehende Verschlimmerung ein, die aber nach Heilung der Phlegmone wieder verschwand. Strauscheid.

---

166) **P. N. Tarnowskaja:** Etude anthropométrique sur les prostituées et les voleuses. (Anthropometrische Untersuchungen der Prostituirten und Diebinnen.) (Paris E. Lecrosnier et Babé 1889. 226 pp. 8⁰.)

Anthropometrische Daten bilden ein höchst interessantes und kostbares Material, auf dessen Grundlage mit der Zeit neue sociale und biologische Gesetze werden aufgestellt werden. Genaue und kategorische Schlüsse aus den heutzutage genommenen anthropometrischen Daten ziehen zu wollen ist aber verfrüht und gefährlich. Das Sammeln dieser Daten aber, mit grosser Mühe auszuführen, zählt zu den grössten Verdiensten. Das Studium der socialen Anomalien in anthropometrischer Hinsicht ist von gleicher Bedeutung wie das Studiren der normalen Erscheinungen, und wenn letztere noch nicht völlig erforscht sind, so ist die Untersuchung ersterer nur vor kurzem begonnen.

Frau Dr. Tarnowskaja beschäftigte sich mit den anthropometrischen Untersuchungen von Prostituirten und Diebinnen und mit dem Vergleiche der dabei gewonnenen Daten mit denen, die ihr die Untersuchung geistig gebildeter Frauen und ungebildeter Bauersfrauen gaben. Zu diesem Zwecke untersucht Verf. 100 Prostituirte, 100 Diebinen, 50 intelligente Frauen und 50 ungebildete Frauen. Dabei wurden untersucht: der Kopf, Hände, Füsse, Wuchs, Umfang der Brust, des Beckens etc. Auf Grundlage dieser Untersuchungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Prostituirte sind kränkliche und nicht völlig entwickelte Subjecte, mit schwerer erblicher Belastung, mit deutlichen physischen und psychischen Stigmaten der Degeneration. Am stärksten äussert sich das Abweichen von der Norm bei Prostituirten in der sexuellen Funktion und in Mangel an ethischen Begriffen. 2. Stigmata der Degeneration äussern sich am stärksten bei den Prostituirten und Diebinnen, deren Mütter an Trunksucht litten. 3. Obgleich Diebinnen viele physische und psychische Stigmata darbieten, durch welche sie sich von ehrlichen Frauen unterscheiden, weichen sie dennoch von der Norm weniger ab, als es der Fall ist bei Prostituirten. 4. Die anthropometrischen Daten und das Untersuchen der erblichen Belastung Prostituirter und Diebinnen, der Umstände ihrer Geburt, ihres socialen Lebens, der Grad ihrer intellectuellen und ethischen Entwickelung — alles dies beweist unwiderruflich, dass die genannte Frauenkategorie aus anormalen, degenerirten Wesen besteht. 5. Die Prostitution hängt am meisten von den socialen Bedingungen und Umständen ab. Das Material aber für die Frauenprostitution, aus dem allmählig diese oder jene Form der letzten sich entwicklen muss, — dieses Material wird stets erzeugt werden, den Anstrengungen einer falsch gerichteten Philantrophie zum Trotz, so lange die Umstände existiren werden, welche die Degeneration des menschlichen Geschlechtes herbeiführen.

K. Kowalewskaja.

---

167) **E. Baierlacher** (Nürnberg): Die Suggestions-Therapie und ihre Technik. (Stuttgart F. Enke 1889 57 S. 8.⁰)

Die Schrift enthält 26 Seiten Casuistik und 31 Seiten über die Technik der hypnotischen Suggestion. Beide Theile bringen nichts wesentlich neues, und bestätigen nur die nun schon alte Erfahrung, dass die Technik der Suggestionstherapie nicht schwer ist, keinerlei Wissen oder Können voraussetzt, und dass ihre Erfolge verblüffend, aber in Bezug auf ihre Dauer fragwürdig sind.

Kurella.

---

168) **E. Ritzmann**: Beiträge zur hypnotischen Suggestivtherapie bei Augenleiden. (Correspondenz-Bl. f. Schweizer Aerzte XX. 1890).

1. Fall: 35 jährige Magd mit *Blepharospasmus idiopathicus s. hystericus* des l. Auges, der $1^1/_2$ Jahr bestanden und jeder anderen Behandlung (Electricität, Einspritzungen, Blepharotomie) getrotzt hatte.

2. Fall: 18 jähriges Dienstmädchen mit *Anaesthesia retinae* (Hyperaesthesia retinae, Asthenopia neurasthenica, Asthénopie névroptique). Nebelsehen, schnelles Ermüden der Augen S = $^1/_2$—$^2/_3$, Einschränkung der Gesichtsfeldsgrenzen und Farbengrenzen.

In beiden Fällen dauernde Heilung durch Suggestion in der Hypnose (Prof. Forel). Im ersten wird auch die Tarsoraphie bei suggestionirter Unempfindlichkeit des Operationsgebiets ausgeführt.

Heddaeus (Essen).

---

169) **Kleudgen** (Obernigk): Ueber das sogen. moralische Irresein. (Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medicin 1889.)

Seit Prichard den Namen „Moral insanity" in die psychiatrische Formenlehre eingeführt hat, sind eine grosse Zahl von Fällen unter diese Rubrik gebracht worden, ohne eigentlich dazu zu gehören. Solange man nicht allgemein von der Wahrheit durchdrungen ist, dass nicht äusserlich wahrnehmbare Erscheinungen, sondern innere Kennzeichen beim Stellen der Diagnose den Ausschlag geben müssen, werden die Ansichten über den eigentlichen Begriff der insania moralis auseinandergehen. Im Hinblick hierauf ist die Studie von Dr. Kleudgen „über das sogenannte moralische Irresein (Moral insanity) äusserst lesenswerth. Der Verfasser bemerkt mit Recht, dass das Stellen einer falschen Diagnose nicht allein die Folge ist des Verwechselns einer Zustandsform und eines Krankheitsbildes, sondern ebenso oft davon, dass lediglich mit dem am meisten in den Vordergrund tretenden Symptom, in casu der unmoralischen Handlungsweise gerechnet wird. Der erste der angeführten Fälle ist im Hinblick hierauf sehr lehrreich. Doch abgesehen hiervon ist es nach der Ansicht des Verfassers vor allem vom juristisch-medicinischen Standpunkt aus überaus schwierig zwischen sittlicher Krankheit und ethischer Depravation zu unterscheiden. In den allermeisten Fällen würden diese Schwierigkeiten indessen überwunden werden, wenn, wie der Verfasser in Uebereinstimmung mit Binswanger bemerkt, für zweifelhafte forensische Fälle dieser Art das betreffende Individuum einer Irrenanstalt zur Beobachtung überwiesen würde. An der Hand der Literatur und eigner Erfahrung kommt der Autor nun zu dem Schluss, dass die moralische Perversität stets und ausnahmslos nur eine Symptomenreihe der psychischen Alienation darstellt, und dass es immer möglich ist, den betreffenden Fall unter einer der bekannten Formen unterzubringen. Der Verfasser stellt die Forderung, dass Beweise dafür geliefert werden müssen, dass die Handlungen die Folge von psychischer Erkrankung sind. Indem man dies zu beweisen sich bemüht, wird man z. B. finden, dass die perversen Handlungen nicht das einzige Krankheitssymptom sind, sondern nur einen kleinen Theil des Krankheitsbildes darbieten. Nach Ansicht des Verfassers ist sittliche Krankheit nur ein Symptom-Complex im Verlauf andrer Psychosen, oder hat, wie Bins-

wanger sich ausdrückt, nur symptomatische Bedeutung. Das diese Regel für die allermeisten Fälle gilt, folgt unzweifelhaft aus der durch den Verfasser mitgetheilten Casuistik, die so ziemlich die ganze Zahl derer umfasst, die er während seiner psychiatrischen Thätigkeit zu beobachten Gelegenheit hatte.

In den Fällen 1, 2 und 4 wechseln periodische Exaltationszustände mit mehr oder weniger freien Intervallen ab; der letztere ist ein typischer Fall von periodischer Manie, wie er nach der Erfahrung des Verfassers vor allem im jugendlichen Lebensalter nicht selten beobachtet und gewöhnlich falsch beurtheilt wird. Fall 2, in welchem Exaltations-, Depressions Zustände und Intermissionen mit einander abwechselten, ist ein typischer Fall von cyklischer Psychose. In den Fällen 5 und 6 treten bei mässigem Schwachsinn Exaltations-Zustände auf. Auffallend ist das Fehlen jeder hereditären Belastung bei der Mehrzahl der Fälle. Keiner von diesen gehört mit Bestimmtheit unter insania moralis im stricten Sinn des Wortes. Inwieweit im 3. Fall die Diagnose „Hochmuthswahn" ausgeschlossen ist, wagt der Referent nicht zu entscheiden, solche Fälle die durch die Diagnose Paranoia vollständig gedeckt werden, und worin die Periodicität mehr scheinbar als wesentlich ist, hat Referent mehrmals wahrgenommen. In den mitgetheilten Krankheitsgeschichten ist letztgenannte Erscheinung als gemeinschaftliches Kennzeichen unschwer zu erkennen. Darauf weisen schon die meisten Autoren hin, jedoch nur vorübergehend. In diesem periodischen Auftreten der Immoralität liegt ein sicheres Kriterium des krankhaften Characters. Der periodische Verlauf, die oft fast reinen Remissionen, und die Fähigkeit der in Rede stehenden Kranken, das Auffallende ihrer Handlungsweise in eigenthümlicher Weise zu maskiren oder zu beschönigen und zu motiviren, macht es auch erklärlich, warum diese Patienten sowohl von Seiten der Laien, (Angehöriger und fremder Personen), als auch von Seiten der Begutachter häufig eine so verschiedene Beurtheilung erfahren. Das Hauptmoment findet der Verfasser in der krankhaften Erregung der motorischen Sphäre, in dem Bewegungsdrang der bei diesen Kranken von Zeit zu Zeit lebhafter hervortritt, aber eigentlich nie ganz schwindet. Die Krankheit ist bei Patienten dieser Art ganz gewiss nicht in dem Fehlen der ethischen Begriffe zu suchen: denn bei allen lässt sich unschwer nachweisen, dass dieselben vorhanden und auch hinreichend gewürdigt werden. Das betreffende Individuum ist vielmehr nicht in der Lage dem krankhaft gesteigerten Impulse Widerstand zu leisten, und eine bestimmte Handlung zu unterlassen. Der Verfasser bezeichnet die oben genannten periodischen Psychosen (cyclische Seelenstörung, periodische Manie etc.) nicht als primäres Gemüthsleiden, sondern als eine pathologische Veränderung der psychomotorischen Sphäre. In Bezug auf Obenstehendes erlaubt sich der Referent auf seine Beiträge zu der Diagnostik der insania moralis, im Wochenblatt der Niederl. Zeitschr. f. Medizin vom 30. September 1882 zu verweisen, worin er einen Fall von insania moralis im engeren Sinne des Worts mittheilte. In diesem Fall kann man nach einer langen Untersuchung und nach dem Beibringen möglichst vollständiger anamnestischer Daten im ausgedehntesten Sinn des Worts mit Bestimmtheit annehmen, dass Schwachsinn ausgeschlossen war, und das Fehlen ethischer Empfindungen war das ganze Krankheitsbild. Aus diesem Fall zeigt es sich seiner Ansicht nach mit

Sicherheit, dass insania moralis als selbständige Krankheit vorkommt. Allerdings ist dies der einzige Fall aus der eignen Erfahrung des Referenten. Die Schwierigkeiten beim stellen einer richtigen Diagnose sind in dergleichen Fällen, wie Dr. Kleudgen mit Recht bemerkt, gewiss nicht zu unterschätzen, doch zwischen Geisteskrankheit und normalem psychischem Leben im allgemeinen ebenso wie zwischen moralischer Perversität und moralischer Krankheit im besondern, besteht nur eine qualitative Verschiedenheit, kein wirklich durchgreifender Unterschied oder pathognomisches Merkmal.

van Deventer (Amsterdam).

---

170) **L. Oscherowsky**: Fall von Katalepsie.

(Medizinskoje Obosrenie Nro. 6 1890.)

25 jähriger hysterischer Sohn intelligenter Eltern, kam im Sommer 1887 nach Ssuchum-Kaleh, er ist sehr nervös, eindrucksfähig, hat als Student, 17 Jahr alt, 6 Monate lang an hallucinatorischem Wahnsinn gelitten. Nach etwa 2 Jahren traten hysterische Anfälle auf, derentwegen er nach Ssuchum-Kaleh, behufs Badens im schwarzen Meere, geschickt wurde. Nachdem er unterwegs in Sevastópol sich kalt gebadet hatte, verfiel er in einen kataleptischen Zustand, in welchem er von seinen Verwandten nach Ssuchum-Kaleh gebracht wurde; Syphilis und Alkoholismus sind nie vorhanden gewesen. *Status praesens.* Sehr anämischer, übermittelgrosser Mann liegt auf dem Rücken mit geschlossenen Augen und gestreckten Gliedmassen leichenähnlich da, die Haut ist welk, die Muskeln gespannt, innere Organe gesund, Leib eingezogen, T. 36,^{0}5. Die Hautreflexe fehlen, von den Sinnesorganen reagiren nur die sehr weiten Pupillen auf Lichtreiz. Die Muskeln contrahiren sich durch den Inductionsstrom, Bewusstsein und Wille fehlen, nur die vegetativen Functionen sind vorhanden. Passive Lageveränderung der Extremitäten setzt Anfangs einen leichten Widerstand, der bald vergeht, die Glieder verharren in der ihnen einmal gegebnen Stellung, selbst bewegt sich der Kranke nicht, nimmt man ihn aber an der Hand oder stösst man ihn vorwärts, so geht er eine Zeit lang, bis man ihn anhält, die Nahrung isst er mechanisch, wenn man sie ihm in den Mund legt, Koth und Harn werden nur dann entleert, wenn man ihn zu bestimmten Zeiten auf den Nachtstuhl setzt; es besteht beständig Constipation. — *Dieser automatische, bewusstlose, traumartige Zustand hielt unverändert 4 Monate an*, da erwachten allmählig Bewusstsein, Empfindlichkeit, u. s. w.; 4 Monate nach der Erkrankung öffnete der Kranke plötzlich die Augen und begann mit schwacher kindlicher Stimme zu sprechen, er hat gar kein Bewusstsein seiner Krankheit, besserte sich ganz allmählig, dazwischen traten kurz dauernde kataleptische Zustände au,.

Hinze (St. Petersburg).

---

171) **A. Grimaldi**: Contributo allo studio delle psicosi degenerative.

(Il Manicomio moderno 1889 Heft 2 und 3.)

Unter Paranoia sind die auf der Grundlage der psychischen Degeneration entstehenden geistigen Störungen zu verstehen. Zu diesen gehören sowohl die acuten, wie die chronischen Delirien, die beiden den gleichen psychogenetischen und pathogenetischen Ursprung haben und von denen die ersten

häufig im Verlauf der letzteren episodenartig auftreten; sie stellen eine Hypertrophie des Characters und der unbewusst delirirenden Gedankenbildung eines degenerirten Individuums dar.

Nach Verf. hat man folgende Gruppen von Paranoia zu unterscheiden

I. frühzeitige akute Paranoia (mit Hallucinationen, vielfachen Wahnideen und Ausgang in Demenz.)

II. spät auftretenden Paranoia und zwar 1. eine akute die entweder unzusammenhängende Wahnideen zeigt und dann zur Heilung neigt oder von vornherein systematisirte Wahnideen erkennen lässt und dann leicht chronisch wird, und 2. eine chronische mit systematisirten Wahnvorstellungen, langsamem Beginne und unheilbarem Verlaufe.

Verf. bringt eine ganze Reihe von Krankheitsgeschichten zum Nachweise seiner Aufstellungen. Strauscheid.

IV. Aus den Gesellschafts- und Vereins-Verhandlungen.

I. Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

8. Wintersitzung Samstag den 8. März 1890.

Präsident Prof. Eichhorst.

172) Prof. **Gaule**: *Ueber Vicariiren der Hirnrinde.*

Anknüpfend an die Demonstrationen von Horsley und Goltz auf dem Physiologencongress in Basel setzt der Vortragende auseinander, es stehe fest, dass die Bewegungen von zweierlei Apparaten beherrscht würden, einmal von einem in den niederen Abschnitten des Nervensystems gelegenen Mechanismus, welcher bei dem Verlust der entsprechenden Theile der Rinde nach einer mehr oder weniger rasch vorübergehenden Störung seine Functionsfähigkeit wieder erlange und bewahre und zweitens unter dem Einfluss der Grosshirnrinde selbst. In der Letzteren fänden sich Stellen, an denen die (in der Grosshirnrinde sich abspielenden) Vorgänge der Intelligenz übergreifen auf die Bahnen, welche die Rinde mit den tiefer gelegenen Abschnitten des Nervensystems verbinden und durch welche Bewegungen hervorgerufen und beherrscht werden. Man hat für diese Stellen statt der früher angewendeten Bezeichnung Centren, jetzt die Bezeichnung Foci, Brennpunkte, eingeführt, weil in ihnen gewissermassen alle die Verbindungen zusammenlaufen durch die (von irgend welchen Vorgängen in der Grosshirnrinde her) bestimmte Bewegungen ausgelöst werden können. Man muss sich dann vorstellen, dass an diesen Foci die Umsetzung dieser Erregungen auf die Projectionsfasern (der Pyramidenbahn) vermuthlich durch die Vermittlung von Ganglienzellen stattfinde.

Reizt man also einen dieser Foci, so wird man einen ähnlichen oder wenigstens vergleichbaren Vorgang hervorrufen, als ob eine in der Grosshirnrinde sich abspielende Thätigkeit der Intelligenz diesen Focus erreiche und von dort auf die Pyramidenbahn übergehend und in das Rückenmark oder in die Medulla oblongata sich fortpflanzend den niedern Bewegungsapparat ins Spiel setze.

Exstirpire man dagegen einen solchen Focus, so nehme man das Zwischenglied zwischen den Vorgängen der Intelligenz und dem niedern Bewe-

gungsapparat weg, die Bewegungen fänden dann allein unter dem Einfluss des letzteren statt, entbehrten also der Beherrschung durch die Intelligenz. In Bezug auf die Resultate einer solchen Exstirpation unterschieden sich nun die verschiedenen Organismen in dem Grade als die Bewegungen im Allgemeinen unter dem Einfluss der Intelligenz geschähen. Deshalb sei die Störung der Bewegungen nach Zerstörung der erregbaren Zone der Grosshirnrinde eine so grosse bei dem Menschen, eine viel geringere beim Hunde, eine minimale beim Frosch und fast Null bei den Fischen.

Prof. Goltz habe nun in Basel einen Hund demonstrirt, welcher, trotzdem ihm die entsprechenden Foci der Vorderpfote extirpirt worden seien, den intelligenten Gebrauch der gekreuzten Vorderpfote (zum Scharren) theilweise wiedererlangt habe. Dies sei von G. dahin erklärt worden, dass die unverletzte Hemisphäre für die verletzte vicariirend eintreten könne, da auch schon normal die Foci jeder Hemisphäre beide Seiten, wenn auch in ungleichem Masse beeinflussen. Der Vortragende hat nun im Anschluss daran einen Hund, dem in zwei aufeinanderfolgenden Operationen die Foci der Vorder- und Hinterpfoten zuerst in der linken und dann in der rechten Hemisphäre exstirpirt waren, durch Dressur so weit gebracht, dass unter Anderm er die beiden Vorderpfoten wieder als Hand gebraucht. Die Extirpationen wurden in der Weise vorgenommen, dass mit Hülfe des galvanischen Stromes alle erregbaren Stellen der Hirnrinde aufgesucht, und alles das, was sich im Verlauf vieler aufeinanderfolgender mit Variation der Stromstärke angestellten Reizungen als erregbar erwies, nebst einem 1—2 Centimeter darüber hinausgehenden Rand mit dem Messer abgetragen wurde. Bei der zweiten Operation (an der rechten Hemisphäre) zeigte sich, dass bei einer nur sehr geringen Vermehrung der Stromstärke nicht blos in den Gliedern der gekreuzten, sondern auch der gleichen Seite Bewegungen erregt wurden und zwar von ganz bestimmten Stellen aus. Wenn die Foci für die gekreuzte Seite an der Innenseite des Gyr. sigmoideus lagen, so fanden sich die für die gleiche Seite auf der Aussenseite. Der Hund war ausgewachsen vor der ersten Operation. Er hatte nach beiden Operationen die gewöhnlichen vorübergehenden und bleibenden Störungen gehabt und war bevor seine Dressur begann, als ein Hund mit typischem Verlust des Einflusses der Intelligenz auf seine Bewegungen demonstrirt worden.

Seitdem ist der Hund etwa ein halbes Jahr lang dressirt worden. Der Hund wird nunmehr der Versammlung vorgestellt, um das Ergebniss der Dressur zu zeigen. Derselbe fängt in die Luft geworfene Fleischstückchen im Fluge auf, er gräbt aus einer mit Steinen gefüllten Kiste kleine Fleischstückchen aus, wobei er bald die eine, bald die andere Pfote benützt. Sodann öffnet er durch Schlagen mit den Vorderpfoten den aufklappbaren Deckel eines Kistchens, in welchem Fleisch verborgen ist. Es wird ihm darauf ein Kistchen gegeben, welches mit einem Tuch zugebunden ist. Er entfernt durch Scharren und Zerren mit den Pfoten das Tuch, öffnet den Deckel und findet das Fleisch. Sodann apportirt der Hund ein Tuch, in welches Fleischstücke eingebunden sind, und holt dieses Tuch, auch wenn es versteckt und eingegraben wird, wieder herbei. Endlich gibt der Hund auf das Commando: „Gieb die Pfote“ die rechte und auf das Commando: „Gib die Andere“ die linke Pfote. Beide Pfoten werden mit gleicher Leichtigkeit gebraucht und gegeben.

Der Vortragende macht darauf aufmerksam, dass es ihm zwar in erster Linie darauf ankomme, nachzuweisen, dass dieser Hund den Einfluss der Intelligenz auf seine Vorderpfoten wieder erlangt habe, dass aber daneben die ganze Art seiner Bewegungen viel Eigenthümliches darbiete und bittet die an die Beobachtung Nervenkranker gewohnten Aerzte, ihm bei der Analyse derselben zu helfen.

Prof. Eichhorst findet als wesentliche Eigenthümlichkeit das häufige Ueberkreuztreten mit den Vorderpfoten.

Prof. Gaule gibt an, dass dieses Ueberkreuztreten sich schon wesentlich gebessert habe gegen früher. Dies könne vielleicht so gedeutet werden, dass auch die Aufspeicherung von Erfahrungen über Bewegungen, die zwar nicht unter dem Einfluss der Intelligenz stehen, aber doch eine gewisse Geschicklichkeit erfordern, wie das Drehen, Wenden u. s, w. durch die Operation verloren gehe und erst allmählig wieder ein Vorrath von solchen Erfahrungen gesammelt werd, ähnlich wie beim Erlernen einer ganz neuen Bewegungsart, z. B. beim Menschen beim Schlittschuhlaufen.

Zu der angekündigten Analyse des vorgeführten Phänomens übergehend bemerkt Prof. Gaule: Man müsse logisch eine Möglichkeit nach der anderen prüfen. Erste Annahme: Da dieser Hund die Grosshirn-Foci seiner Vorderpfoten verloren habe, und trotzdem einen intelligenten Gebrauch derselben wieder erlangt habe, so sei die Intelligenz von dieser Verbindung mit dem Grosshirn unabhängig und residire in den niedern Abschnitten des Nervensystems. Diese Möglichkeit könne man sofort abweisen, weil sie der oft gemachten Erfahrung widerstreitet, dass mit der Functionsfähigkeit der Grosshirnrinde auch die Intelligenz verloren geht. Die letztere muss also ihren Sitz in der Rinde haben. Die zweite Möglichkeit im logischen Sinn sei, dass die exstirpirten Theile sich einfach wieder gebildet hätten. Auch diese Möglichkeit ist einfach abzuweisen, weil die zahlreichen Exstirpationen niemals eine solche „restitutio in integrum“ gezeigt haben.

Ist nun aber *weder* die Grosshirnrinde für den intelligenten Gebrauch der Pfote entbehrlich, *noch* der entsprechende Theil einfach restituirbar, so muss drittens eben ein anderer Theil die Rolle eines Focus für die Vorderpfote übernommen haben.

Was in der Beziehung in dem Gehirn dieses Hundes wirklich geschehen ist, könne man im Voraus nicht wissen. Der Vortragende beabsichtigt, in einer neuen Operation die Grosshirnrinde abermals mit Hilfe des electrischen Stromes abzusuchen, um zu sehen, ob etwa jetzt ein neuer Focus durch denselben nachweisbar ist, dann den Hund zu tödten und Gehirn und Rückenmark microscopisch zu untersuchen. Was er dann finde, will er mittheilen, einstweilen bitte er davon Act zu nehmen, was der Hund hier geleistet habe.

Discussion: Dr. v. Monakow gesteht offen, dass er erstaunt ist über alles das, was der Hund bei Wegnahme einer so ausgedehnten Partie des Gehirns machen kann. Er gibt zu, dass der Hund mit den Extremitäten eine ganze Reihe von Bewegungen ausführt, die im directen Dienste von Vorstellungen stehen, die auf ein bestimmtes Ziel gerichtet sind, doch betont er, dass dies in mangelhafter Weise geschieht: Die Bewegungen des Thieres sind ungeschickt und plump. Wo es sich, wie beim Hervorholen der Fleischstücke der Pfoten bedienen sollte, bedient es sich vorzugsweise des Kopfes: Ver-

richtungen, bei denen sich ein normaler Hund nur *einer* Pfote bedienen würde, führt das operirte Thier unter Kraftvergeudung und unter zahlreichen zwecklosen Mitbewegungen meist unter gleichzeitiger Verwendung *beider* Pfoten und des Rumpfes aus. Die wahrgenommenen Störungen möchte v. M. klinisch als Paresen und Mitbewegungen bezeichnen. Nur dann hat der Hund für ihn etwas Ueberraschendes, wenn er alle diese vorgeführten Sachen gemacht hat ohne Pyramidenbahn; er glaubt aber nicht, dass ihm die ganze Pyramidenbahn fehle; denn die erregbaren Felder für die Vorder- und Hinterpfoten bilden nicht den gesammten Umfang des Rindenareals, welches durch die Pyramidenbahn unmittelbar mit dem Rückenmark und mittelbar mit den Extremitäten verbunden ist. Zu dem Ursprungsgebiet der Pyramiden gehört vor Allem auch die Rinde des sulc. calloso-marginalis (mit grossen Betz'schen Pyramidenzellen), eine Gegend, die in der Regel gar nicht gereizt werden kann, weil sie zu tief liegt, und die auch für die Entrindung sehr schwer zugänglich ist.

Diese Rindenpartien in der Umgebung des sulc. calloso-margin. ist bei der Operation jedenfalls stehen geblieben, doch mag sie durch den operation Eingriff ähnlich wie auch andere stehen gebliebene Felder der sog. motorischen Zone (Kopfregion) *functionell* mitgeschädigt worden sein durch circulatorische Störungen etc. Nach v. M. erfolgte die theilweise Restitution der psycho-motorischen Function des Thieres nicht wie Herr Prof. Gaule ausgeführt hatte, durch Bildung von neuen Faserverbindungen und neuen Centren, sondern durch Wiederaufnahme der Thätigkeit Seitens jener vorübergehend geschädigten und allmählig wieder frei gewordenen Rindenregionen, die schon vor der Operation für ähnliche Verrichtungen in Anspruch genommen wurden.

Prof. Gaule hält es auch für wahrscheinlich, dass ein Theil der Pyramidenbahn noch erhalten sei, und dass durch diesen noch erhaltenen Theil die Erregung von der Grosshirnrinde den niederen Abschnitten zugeführt würde. Die Stellen, an welchen die etwa noch erhaltenen Fasern der Pyramidenbahn mit der Grosshirnrinde in Verbindung treten, würde am wahrcheinlichsten dann die Rolle der verloren gegangenen Foci übernehmen, und alle die Verbindungen, die vorher in den letzteren zusammengestrahlt seien, müssten nun zu den neuen Foci hinführen.

Dr. v. Monakow ist der Ansicht, dass nach den Erfahrungen beim Menschen, wo ein in seiner Function gestörter Hirntheil oft allmählig seine Function wieder erlangt, man nicht nöthig habe anzunehmen, dass hier neue Verbindungen entstehen.

Prof. Gaule erwidert, dass hier die betreffenden Foci nicht blos in ihrer Function gestört, sondern *weggenommen* seien. Man könne nicht im Zweifel sein, dass er diejenigen Punkte, von denen aus normal die Intelligenz die Bewegungen der Pfoten beherrsche, wirklich enfernt habe.

Sei das aber der Fall und seien die Prämissen richtig, von denen Vortragender überhaupt bei seiner Analyse der Vorgänge im Nervensystem ausging, so müssen jetzt andere Theile der Hirnrinde die Vermittlung zwischen den Vorgängen der Intelligenz und dem niedern Bewegungsapparat übernommen haben. Stelle man sich sogar vor, dass noch erhaltene Theile der Pyramidenbahn hinreichten, um die Verbindung nach unten zu besorgen,

und dass in dieser Richtung keine Neubildung oder Neuausbildung von Bahnen nothwendig sei, so müssten doch in der *Rinde* Bahnen neu ausgebildet werden. Denn die Verbindungsbahnen, welche in den früheren Focus eingestrahlt sind, müssen jetzt zu dem neuen Focus hingeführt werden, wenn dieser den Einfluss der Intelligenz auf die Bewegungen vermitteln soll. Man kann freilich annehmen, dass dies streng genommen keine ganz neuen Verbindungen seien, wenn man sich nämlich auf den Standpunkt stellt, dass ursprünglich jeder Punkt der Rinde mit jedem andern Punkt in Verbindung ist. Aber die Bahnen, die zu einem Focus hingehen, müssen doch etwas ganz anderes sein, als diese embryonal angelegten Verbindungen, sonst würde man ja nicht einsehen, wesshalb die betreffenden Erregungen eben zu dem Focus hingeleitet werden und nicht zu jedem beliebigen andern Punkt der Rinde. (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1890 Nro. 5.)

II. Société médicale des Hôpitaux.

Sitzung vom 28. März 1890. (Le Progrès médical 1890. Nro. 14.)

173) **Joffroy** (Paris): Influenza-Psychosen.

Joffroy berichtet über einen Kranken, der im Fieberstadium der Influenza einen Anfall von Delirium mit maniakalischer Erregung bekam, das sich durch völligen Verlust des Erinnerungsvermögens auszeichnete. Der Kranke erkannte Niemanden, hielt seine intimsten Freunde für fremde Personen und hatte jede Erinnerung an frühere wie an die Erlebnisse der Jüngstvergangenheit verloren. Zeitweilig bestand vollständiger Mutismus, zu anderen Zeiten sang er Refrains von Gassenhauern, sprach von seinen geschäftlichen Obliegenheiten, stand aus dem Bette auf, um letztere zu verrichten. Zuweilen traten Anfälle von Angst auf; — ob er Gesichts- oder Gehörshallucinationen hatte, lässt sich schwer entscheiden. Die Sprache war anstossend und stockend wie bei der allgemeinen Paralyse. Am 18. Krankheitstage schwand mit dem Fieber zugleich das Delirium, Gedächtniss und Intelligenz kehrten sehr schnell zurück und drei Wochen später konnte der Kranke seine Beschäftigung wieder aufnehmen, ohne dass auch nur die geringste Spur von geistiger Störung zurückgeblieben war. Holtermann.

III. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 15. Februar 1890. (Allg. med. Central-Ztg. Nro. 28. 1890.)

174) **Aczél**: Ueber einen nach Influenza entstandenen Fall von Gehirnabscess.

Der 32jähr. Pat. erkrankte Anfangs Januar unter Symptomen von catarrhalischer Influenza; nach Verschwinden derselben bestand noch immer heftiger Kopfschmerz. 14 Tage später traten Delirien auf, wegen welcher er in's Rochusspital gebracht wurde, wo man die Diagnose auf Meningitis tuberculosa stellte. Pat. starb am 7. Februar. Bei der Section fand Aczél rechts im hinteren Theile des Stirnlappens einen nussgrossen, links, entsprechend dem medianen Theile der Centralfurche im Stirn- und Parietallappen, einen haselnussgrossen Abscess. Die Obduction constatirte ferner Bronchitis purulenta und Eiterherde in den Tonsillen.

IV. Société de médecine legale.

Sitzung vom 13. Januar, 21. April, 12. Mai 1890. (Le Progrès méd 1890. Nro. 7. 17. 20.)

175) **Motet** berichtet über einen 40 jährigen Mann, der auf dem Trocadero in dem Augenblick festgenommen wurde, als er einem jungen Mädchen den Zopf abschneiden wollte. In seiner Wohnung fand man eine Collection von 60 Zöpfen. In der Ascendenz dieses Individuums sind Neuropathen und Geisteskranke, väterlicher- wie mütterlicherseits zu finden; er selbst ist ein geschickter und intelligenter Arbeiter, der der Onanie nie ergeben war. Schüchtern von Charakter unterhielt er nie Mätressen und wenig Beziehungen zum weiblichen Geschlecht; dreimal verliebte er sich, aber immer nur platonisch. Im Jahre 1886 hatte er eine Herpeseruption in der rechten Thoraxseite, kurze Zeit darauf beging er seltsam bizarre Handlungen, er steht unter dem Zwange, die Zöpfe von Frauen berühren und abschneiden zu müssen. Sobald er die Scheere an den Zopf legt, hat er eine Erection, und genau in dem Moment, in dem er ihn abschneidet, tritt die Ejaculation ein. Er hat ausserdem noch die Neigung, weibliche Toilettengegenstände zu sammeln und leidet an einem gewissen Grade von Onomatomanie. Dies letztere Symptom in Verbindung mit der Perversion des Geschlechtstriebes wurde von den Sachverständigen (Motet, Voisin und Socquet) als Manifestation von *Folie héréditaire* aufgefasst und das betreffende Individuum für unzurechnungsfähig erklärt.

Der Aufenthalt im Asyl hat sehr günstig auf ihn gewirkt, er ist jetzt geheilt von seiner Eigenthümlichkeit und geht wieder seiner Profession nach.

176) **Magnan** theilt einen Fall von *Selbstmord* mit, den eine 32 jährige stark ängstlich erregte melancholische Frau mit Suicidalneigung vermittelst einer kam drei Centimeter langen Nadel ausführte. Am Tage des Selbstmords wurde sie plötzlich still, blass und sank um. In's Bett gebracht wurde beim Entkleiden die Nadel in der linken Brust bemerkt und von einer Wärterin entfernt. Der Arzt fand die Kranke cyanotisch, mit kühlen Extremitäten, oberflächlicher langsamer Respiration, schwachem Herzschlag. Auf Excitantien erholte sich die Kranke wieder völlig, nach einer Viertelstunde trat jedoch eine Ohnmacht und damit der Tod ein.

Bei der Autopsie fand sich der Pericard völlig mit Blut gefüllt, das Herz selbst am Ende des linken Ventrikels von 7 kleinen feinen Canälen durchbohrt, die 7 Nadelstichen entsprechen.

177) **Gilles de la Tourette** spricht über *spontane Ekchymosen bei Hysterischen* in Erwähnung eines Falles, in dem eine Hysterische Morgens mit Ekchymosen an den Beinen aufwachte. Er macht dabei auf die forensische Seite dieser Vorkommnisse aufmerksam und betont, dass dem Gerichtsarzt dieser eigenthümliche Geisteszustand — die Suggestionabilität — bei Hysterischen bekannt sein müsse, um eventuell vor Gericht die spontane Entstehung solcher Traumen in zweifelhaften Fällen nachweisen zu können.

178) **Magnan** spricht über *Exhibitionisten*, d. h. solche Individuen die ihrer krankhaften Geschlechtsempfindung dadurch Genüge thun, dass sie namentlich in Gegenwart weiblicher Personen ihre Genitalien zur Schau stellen. Der erste derartige Fall ist von Lasègue beschrieben und betraf einen

jungen Mann, der Abends in der Kirche vor betenden Frauen seine Genitalien entblösste und dann verschwand. Lasègue konnte bei der Untersuchung feststellen, dass der betreffende unter einem unwiderstehlichen Zwange handle, dem eine Periode heftiger Angst vorherging, trotzdem glaubt er denselben für zurechnungsfähig erklären zu müssen. M. ist anderer Ansicht, gerade wie allen anderen Zwangsvorstellungen, Onomatomanie etc. besteht noch hier ein unwiderstehlicher Zwang mit heftigem Angstgefühl. M. hat 2 Fälle erlebt, der eine betrifft einen 29 jährigen, erblich belasteten Kellner, der verhaftet wurde, als er seine Genitalien den Arbeiterinnen eines gegenüber liegenden Etablissements zur Schau stellte. Er leugnete nicht, war aber sehr beschämt und niedergeschlagen; er leidet an Tic im Gesicht, ist sehr reizbar, weint beim geringsten Anlass, arbeitet unregelmässig und leidet an permanentem Priapismus. Seine sexuellen Gelüste treten paroxysmenweise auf, er hat dann Kopfschmerz, ist confus in seinem Denken, gedächtnissschwach, begeht Irrthümer und Nachlässigkeiten in seinem Dienst. In einem solchen Paroxysmus hatte er schon früher einmal auf der Strasse seine Genitalien entblösst. M. erklärt ihn für unzurechnungsfähig und der betreffende wird freigelassen.

Im zweiten Falle handelt es sich ebenfalls um ein degenerirtes Individuum von 27 Jahren, bei dem die Eigenthümlichkeit besteht, dass dieser Trieb, der sonst durch den Willen zurückgedrängt wird, unwiderstehlich wird unter der Einwirkung von Alkoholexcessen.

Diese Fälle müssen wohl unterschieden werden als die wenigen zahlreichen von denen, die in Zuständen von Dementia senilis, Paralyse, Epilepsie, Imbecillität etc. begangen werden. Einzelne Exhibitionisten begnügen sich, die Genitalien zu entblössen, andere onaniren, wieder andere erstreben den directen Contact (sie nennen sich „frotteurs"). Einer der letzteren, der mit einer sehr ordentlichen Milchhändlerin verheirathet war, hatte die Gewohnheit, Morgens früh den Laden zu öffnen, die Milch an's Feuer zu setzen und die ersten Kunden zu bedienen. Zuweilen konnte er sich nicht enthalten seine Genitalien in den Milchnapf zu tauchen, gleich darauf trocknete er sie dann ab. Der Contact mit der Milch gab ihm seiner Aeusserung nach das Gefühl von „Sammet". Er verkaufte übrigens die Milch an seine Kunden und genirte sich auch nicht, für sich zum Frühstück von derselben Milch zu nehmen. Holtermann.

V. Tagesgeschichte.

— **Personalien.** Zum Nachfolger Westphal's ist, wie die Zeitungen berichten, Prof. Jolly in Strassburg berufen worden.

— Dr. Albrecht Erlenmeyer erhielt das Comthurkreuz des Herzoglich Sächsisch-Ernestinischen Hausordens für seine der Reorganisation der Irren-Heil- und Pflege-Anstalt zu Hildburgshausen gewidmeten Dienste. Die Auszeichnung ist von dem Herzoge von Coburg-Gotha und dem Herzoge von Meiningen, den beiden Patronen der gen. Anstalt gemeinschaftlich und gleichzeitig verliehen worden.

— Prof. Dr. Laufenauer in Budapest ist zum ordentlichen Professor der Psychiatrie mit Erweiterung seiner Lehrbefugniss auf die Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten ernannt worden.

— In Hartford, Con. U. S. A. starb der bekannte Irrenarzt Dr. Butler; in Edinburgh Dr. Samuel Grierson, früher Director des Roxburgh Distr. Asylums; in Hertogenbosch, Dr. W. Westeneng, der langjährige Director dieser Anstalt.

— Prof. L. Fage, Director der Entbindungsanstalt in Christiania, ist, 83 Jahre alt gestorben. Seine ausgebreitete literarische Thätigkeit in der skandinavischen Presse ist auch öfter der Neurologie zu Gute gekommen. —

— Dr. Anfimow hat sich an der Petersburger medicinisch-chirurgischen Akademie als Docent für Psychiatrie und Neuropathologie habilitirt.

— **Paris. Verbot der Hpnose und Preis für hypnotische Erfolge.** Der Marineminister verbietet die Ausübung hypnotischer Einwirkungen in den Marinelazerethen, in einem Rescript das folgendermaassen schliesst: J'interdis d'une manière absolue la pratique de l'hypnotisme dans la marine. Vous voudrez bien prescuré aux officiers du corps de santé placés sous vos ordres, de n'y avoir recours pour quelque motif que ce soit. — Die „Société contre l'abus du tabac" zu Paris, 38 Rue Jacob, setzt einen Preis von 400 Francs für denjenigen Arzt aus, der die meisten, im Minimum 4 Fälle von Aufgeben des Tabakgenusses *durch Hypnose* und Suggestion erzielt hat.

— In der „Internationalen klinischen Rundschau" Nro. 21 publicirt Ladame (Genf) einen Fall von hypnotischer Heilung der Trunksucht, und v. Schrenck Hotzing (in Nro. 15) eine identische Heilung von conträrer Sexualempfindung.

— Am 15. April ist im Staate New-York die „State Care Bill" in Kraft getreten, durch welche die Unterbringung aller bedürftigen Irren in staatlichen Anstalten vorgeschrieben wird. (Damit ist die Versorgung von Irren in Armen- und Arbeitshäusern aufgehoben.)

— **American Congress of Medical Jurisprudence.** A circular has been issued by the Medico-legal Society of New-York announcing a second International Congress of Medical Jurisprudence to be held in New-York in 1892. The first was held in 1889.

The prizes have been offered by the same Society, value 150 Dollar each for the best Essay on a subject connected with Medical Jurisprudence. The papers must be sent in before the 1st of April 1891 to the President of the Society, 57 Broodway New-York. Competitors must enrol themselves as membres of the Medico-legal Society of New-York.

— **The Annual Meeting of the Medico-Psycholog. Association of Great Britain and Ireland** will be held on Thursday, July 24 th, 1890 at the Royal Asylum Gartnavel, Glasgow under de Presidency of Dr. David Yellowlees. Council Meeting, 10 a. m. General Meeting 10. 30. a. m. Afternoon Meeting (President's Adress), 2 p. m.

— **Irrenstatistik in Berlin und Deutschland.** Die Zahl der in Städtischer Irrenpflege befindlichen Geisteskranken in Berlin hat sich nach dem Verwaltungsberichte des Magistrates von 1582 im Jahre 1882/83 auf 2528 im Jahre 1889 gesteigert. Diese Steigerung übertrifft das Verhältniss der Zunahme der Bevölkerung fast um das dreifache, denn während die Bevölkerung Berlins sich in der gedachten Zeit um 22,49% vermehrt hat, ist die Zahl der in Berliner Anstaltspflege befindlichen Geisteskranken in derselben Zeit um 59,79% gestiegen. Dieses Verhältniss müsste nun, wie in dem angegebenen Berichte ausgeführt wird, Bestürzung erregen, wenn nicht bekannt wäre, dass die Zahl der Geisteskranken fast überall mehr als 2 auf das Tausend der Bevöl-

kerung beträgt, und dass, je humaner die Irrenanstalt eingerichtet wurde, desto vollständiger die Aufnahme der überhaupt vorhandenen Geisteskranken in Anstaltpflege erfolgt. In Berlin entbehrt nur ein geringer Theil der Geisteskranken der Anstaltspflege und die Gesammtzahl der in der städtischen Irrenpflege befindlichen Kranken bleibt auch gegenwärtig nicht unbeträchtlich hinter 2:1000 der Bevölkerung zurück. Die Verhältnisse Berlins stellen sich nach der letzten Volkszählung besonders günstig dar, indem nur allein die Provinz Posen einen geringeren Procentsatz der Bevölkerung an Geisteskranken aufweist, andererseits in keiner Provinz auch nur entfernt ein so hoher Procentsatz der Anstaltspflege genoss. Im *gesammten deutschen Reiche* hat vom 1. Jan. 1881—1886 die Zahl der Anstaltsirren von 34,270 auf 42.669, mithin in 5 Jahren um 24,5% zugenommen, die Bevölkerung des Reiches dagegen nur um 3,6 Proc. (Allgem. med. Centralztg.)

— **Pharmacie in holländ. Irrenanstalten.** Die „Niederländische Gesellschaft zur Beförderung der Pharmacie“ hat an den Provinzial-Landtag von Nord-Holland eine Adresse gerichtet, in welcher gebeten wird, „an der Anstalt Meerenberg einen Apotheker anzustellen, weil die Bildung des Arztes dem in dem betreffenden Institut die Ausübung der Arzneibereitung übertragen ist, ihn ebensowenig qualificirt, die bei Einführung der neuen Pharmacopoea, am 1. Juli verlangten quantitativ-chemischen Untersuchungen anzustellen, wie den Apothekergehülfen, dem er sie überlässt, und der durch sein Examen nicht bewiesen hat, dass er die dazu erforderlichen Kenntnisse besitzt.“ Es ist somit, ganz wie an manchen grossen Anstalten in Preussen, auch in Holland die Verwaltung der Hausapotheke der Anstalten ein wunder Punkt.

— **Behandlung der Tollwuth in Pasteur's Institut.** Während der Jahre 1886, 1887, 1888 und 1889 wurden am Institut Pasteur in Paris 2671, 1770, 1622 und 1830, im ganzen also 7893 Personen behandelt. Die Sterblichkeit betrug 25, 13, 9 und 6, oder, im ganzen 53, das ist 0,94, 0,73, 0,55 und 0,33 oder, im Durchschnitt, 0,67%. Bei 1336 Personen, bei denen die Verwundung durch ein unverkennbar an Tollwuth leidendes Thier verursacht war, betrug die Sterblichkeit 13, oder 0,97%. Bei 5241 Fällen, in denen die Tollwuth des Thieres nur aus veterinären Attesten bekannt ist, betrug die Sterblichkeit 33, oder 0,63% und bei 1316 Fällen in denen der Biss nur von einem im Verdachte der Tollwuth stehenden Thier herrührte 7, oder 0,51%. In jedem Fall scheint es, dass die Sterblichkeit während der 4 Jahre regelmässig abnahm. (Nederland. Tydschrift voor Geneeskunde.)

— **Die Revolte in Bicêtre.** Getrennt von den übrigen Geisteskranken, in einem isolirten und mit Mauer umgebenen Gebäude, la Sûreté genannt, sind Verbrecher untergebracht, die mehr oder weniger geisteskrank sind. Die Sûreté enthält 24 Zellen und 4 Höfe. Darüber sind die Räume für die Wärter. Am Sonntag den 25. Mai verlangte ein gewisser Joly einen Zusatz zu seiner Mahlzeit. Man liess ihn warten und da gab er das Zeichen zur Insubordination und zerbrach seine Teller. Fünf seiner Mitgefangenen folgten seinem Beispiele, drangen in die Wärterzimmer und attaquirten die Wärter. Von diesen flüchtete einer und rief den Directer, während die Anderen dem Angriff Widerstand leisteten. Ein sehr starker und gefährlicher Kranker versuchte vergeblich Frieden zu stiften und seine Kameraden zum Aufhören zu bewegen. Der inzwischen eingetroffene Director war ebenso unglücklich mit seinen Versuchen. Als Joly ihn sah, schrie er: Kniee nieder und bitte um Verzeihung! Als der Director dies nicht that, wurde er und ein Wärter, der sich zum Schutze vor ihn stellte mit einem irdenen Topfe beworfen Die Beamten wurden der Verbrecher nicht Herr und zogen sich zurück. Nun stiegen die Verbrecher in die oberen Räume und demolirten

Alles was nicht niet- und nagelfest war. Dort fanden sie Waffen, Messer and dergl. und setzten nun eine Uebersteigung der Mauer in Scene. In diesem Augenblicke erschien die Polizei. Zum Rückzug aufgefordert schrie Joly: „Ich verachte Euch und das Gesetz! Wir stehen ausserhalb des Gesetzes; wir sind geisteskrank; Niemand kann uns etwas anhaben.“ Darauf liess man 16 Mann mit gefällten Bajonetten vordringen, drohte mit Schiessen und richtete gleichzeitig kräftige Wasserstrahlen aus 2 Feuerspritzen auf die Revolteure. Diese zogen sich darauf zurück, warfen ihre Waffen weg, liessen sich in ihre Zellen bringen und in Zwangsjacken fesseln. Dem Oberwärter war der linke Arm gebrochen, 4 andere Wärter waren mehr oder weniger schwer verwundet. Bemerkenswerth sind die Commentare, welche die Pariser Zeitungen zu diesem Vorkomniss geben und an das Wort des Anführers der Aufrüher anknüpfen: „wir sind geisteskrank, Niemand kann uns etwas thun“. Folgende Erörterung sei hier wiedergegeben: „Die Geisteskranken revoltirten nur gegen die Wärter. Den Soldaten der Polizei unterwarfen sie sich sofort und versuchten keinerlei Widerstand. Würden sie unter einer plötzlichen Anwandlung von Wahnsinn gehandelt haben, dann hätten sie nicht zwischen Wärtern und Soldaten unterschieden, sie würden versucht haben alles zu massacriren und ihre Freiheit und Kraft in jeder Weise zu missbrauchen. Diese Geisteskranken revoltirten also in Wahrheit mit Ueberlegung wegen bestimmter Ursachen. Dabei muss auf's schärfste protestirt werden gegen die in dieser Anstalt übliche Strafmethode. Man scheint zu vergessen, dass Geisteskranke Kranke sind und wenn die Gesellschaft richtig für sie sorgt und verhütet, dass sie Anderen schaden können, dann ist es falsch gegen sie solche barbarische Mittel anzuwenden, sie in Käfige zu sperren. Es ist mehr als ein Wortspiel diese Käfige „Sûreté“ zu nennen; sie unterscheiden sich nur dadurch von den Käfigen der wilden Thiere im „Jardin des Plantes,“ dass die Thiere zwei Käfige zum wechseln haben, von denen der eine, während der andere bewohnt ist, gereinigt und von der Sonne beschienen wird — was bei den Käfigen der Geisteskranken nicht der Fall ist.“

— **Ueber den Opiumgenuss in China.** Von der kürzlich in Shanghai abgehaltenen protestantischen Missionarkonferenz wurde auch über den *Genuss von Opium in China* und die Schritte verhandelt, die man thun müsse, um das Laster auszurotten. Wie bekannt, sind die im Reiche der Mitte thätigen Missionare von jeher auf's Entschiedenste gegen das Opiumrauchen zu Felde gezogen — ein Opiumraucher kann kein Kirchenmitglied werden — und an der Spitze der Gegner derselben steht der seit vielen Jahren in Peking ansässige Missionar-Doktor Herr Dudgeon.

Nichts ist schwieriger in China, als glaubwürdige Statistiken, gleichviel welcher Natur, zu sammeln, und es ist daher ganz unmöglich, einen annähernd richtigen Ueberschlag über den Umfang der Gewohnheit des Opiumrauchens zu machen. Chinesen, Mandschus und Mongolen, hoch und niedrig, reich und arm, haben sich derselben ergeben, wenn schon Frauen und Kinder im Ganzen genommen nur ausnahmsweise dem Genusse des Opiums huldigen. In Provinzen, wo viel Mohn gebaut wird, wie z. B. Shansi und Szetschuen, ist die Gewohnheit sehr allgemein; man nimmt an, dass unter der Landbevölkerung daselbst etwa 80 bis 90 v. H. der Männer über 20 Jahre, und 50 bis 60 v. H. der Frauen Opium rauchen. In den Districten, wo kein Mohn angebaut wird, huldigt man dem Laster vornehmlich in den Städten, die Dörfer werden weniger davon berührt. Nach Schätzung eines hohen chinesischen Würdenträgers sind drei Zehntel der Kuli- (Tagelöhner-) Klasse Opiumraucher, während in dem Kaufmanns- und Beamtenstande sechs Zehntel bezw. drei Zehntel sich dem Laster ergeben haben; in Kanton rauchen über sieben Zehntel der Beamten Opium, in der Provinz Hunan nicht ein

Viertel. In den Ministerien und anderen hohen Regierungsabtheilungen in Peking befinden sich unter den hohen Würdenträgern nur sehr wenige Opiumraucher. Sowohl die Manchu- wie chinesischen Präsidenten des Bestrafungs-Bureaus (einer derselben ist ein Mitglied des auswärtigen Amts), gehen dem Genusse von Opium nach, überhaupt findet man unter den Beamten, die rauchen, mehr Mandschus als Chinesen. Der Vizekönig Li Hungtschang soll mitunter kleine Dosen der Drogue geniesen, doch sagt man, dass seine Gattin sehr der Angewohnheit huldigt; hieraus erklärt man auch, warum Li Hungtschang der Frage des Verbots der Einfuhr von Opium gegenüber eine nicht allzu feste Stellung einnimmt. Von den Satrapen, in deren Händen die Verwaltung der verschiedenen Provinzen des Reiches liegt, soll nur einer Opium rauchen. Prinz Tschun (Vater des Kaisers) ist das einzige Mitglied der Kaiserlichen Familie, welches Opium gebraucht, und zwar erst seit den letzten zwei Jahren. Wie verlautet, hatte derselbe damals einen Schlaganfall und die einheimischen Aerzte riethen dem hohen Herrn an, die Opiumpfeife als Heilmittel zu gebrauchen. Er ist zur Zeit fast völlig wiederhergestellt, doch kann er die Gewohnheit nicht wieder ablegen. Die Eunuchen im Kaiserlichen Palaste zu Peking ergeben sich von Jahr zu Jahr mehr und mehr dem Laster; in früheren Jahren war ihnen der Genuss von Opium streng verboten, und wennschon innerhelb des Weichbildes der Kaiserlichen Paläste keine Opiumhöhlen existiren, so befinden sich doch unmittelbar ausserhalb desselben eine Menge. Von den 1500 Eunuchen des Palastes sollen nach einigen Schätzungen 50 v. H. Opiumraucher sein, nach anderen nur 200 bis 300.

Auf die üblen Folgen des Opiumgenusses übergehend, sieht Dr. Dudgeon das Vergiften mittels dieser Drogue als eines der hauptsächlichsten an. Zu den beliebtesten Mitteln, welche der Chinese anwendet, um sich das Leben zu nehmen, gehört Opium: man braucht hierzu keine grossen Vorbereitungen zu machen, auch ist keine grosse Willenskraft nöthig, der Tod ist so ruhig, schmerzlos und sicher; 2 bis 3 Drachmen präparirten Opiums, der mit etwas Spiritus vermischt wird, reichen schon aus, um dem Leben den Garaus zu machen. Die Methode ist in jeder Hinsicht der Vergiftung mittels Blattgold vorzuziehen, dem Erhängen, Ertrinken, Einnehmen von Blei, um die Eingeweide zu zerplatzen, oder ähnlichen Methoden, zu denen der Chinese gewöhnlich seine Zuflucht nimmt. Der Genuss von Opium hat daher die Rate der Selbstmörder in China um ein Erhebliches erhöht, namentlich unter dem weiblichen Geschlecht, welches ja in seiner grossen Unterthänigkeit zum Manne, die an Sklaverei grenzt, fortwährenden Misshandlungen ausgesetzt ist. Der Chinese sieht den Selbstmord für die schrecklichste Rache an, die er an Jemanden nehmen kann, da er glaubt, dass der Schatten des Vorstorbenen der lebenden Person, welche den Selbstmord verschuldet hat, stets Schaden zuzufügen versucht; die Besorgniss, welche die Chinesen daher bei dergleichen Fällen an den Tag legen, um einen Selbstmörder wieder zum Leben zu bringen, erklärt sich nicht aus humanen Gründen, sondern aus der Furcht, von dem Geiste des Verstorbenen geplagt zu werden. — Die Jahresberichte der fremden Missionshospitale sprechen deutlich für die Beliebtheit, welcher sich Opium als Selbstmordmittel erfreut. Um nur ein Beispiel anzuführen — es wurden aufgenommen in dem Fremden-Hospital von Hangtschau in 1883 95, 1885 79, 1886 87, 1888 110 Patienten. Von dieser Gesammtsumme wurden etwa 250 gerettet. Chinesische Eltern, die dem Opiumrauchen huldigen, haben auch oft die üble Angewohnheit, den Rauch ihren Kindern in's Gesicht zu blasen, falls letztere schlaflos oder sonst krank sind; diese Gewohnheit hat zweifellos zur Folge, dass die Kinder, wenn sie aufgewachsen sind, ebenfalls dem Beispiele ihrer Eltern folgen und Sclaven des Opiums werden. (Tgl. Rdsch.).

Inhalt des Juli-Hefts.

I. Original-Mittheilungen.

II. Original-Vereinsberichte.

III. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

1. Anatomie.

2. Physiologie und Psychologie.

3. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

4. Pathologie.

a) Periphere Nerven und Rükkenmark.

b) Gehirn.

c) Neurosen.

Die Redaction bittet die Mitarbeiter um regelmässige Zusendung tagesgeschichtlicher Neuigkeiten. Ferner wird um Uebersendung von Dissertationen und von Separatabdrücken aller neurologischen Journalartikel an die Redaction oder den Verleger gebeten.

Coblenz, Druck von Philipp Werle (Löhrstrasse 28).

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von
Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,
dem Begründer des Blattes,

Prof. Charcot in Paris, **van Deventer** in Amsterdam, **Dr. Ireland** in Preston-Pans, **Prof. Kowalewskij** in Charkow,
Prof. Lange in Kopenhagen, **Prof. Lombroso** in Turin, **Prof. Obersteiner** in Wien, **Prof. Seguin** in New-York.

Redigirt von
Dr. Hans Kurella in Kreuzburg.

Verlag von W. GROOS, Königl. Hofbuchhandlung (Kindt & Meinardus).
Coblenz u. Leipzig.

XIII. Jahrgang. **1890 August.** Neue Folge I. Band.

I. Originalien.

I.

Ein schweres Gehirn

nebst einigen Bemerkungen über das specifische Gewicht einzelner Hirntheile.

Von Prof. HEINR. OBERSTEINER in Wien.

Die Grenzen, innerhalb welcher das Gehirngewicht des erwachsenen und geistig normalen Menschen schwanken kann, scheinen ziemlich weite zu sein, und trotzdem wiederholt versucht wurde, diese Grenzwerthe festzustellen, können dieselben noch nicht als völlig gesichert bezeichnet werden. —

Als Minimalgewicht finden wir bei Bischoff (Das Hirngewicht des Menschen. Bonn 1880) 820 Gramm angegeben; das Gehirn stammte von einer 53 jährigen Frau, die zwar nicht idiotisch gewesen zu sein scheint, bei der aber als Todesursache Alienatio mentis angegeben ist. Ich möchte

diesbezüglich auf ein Gehirn aufmerksam machen, welches von J. Hess (Zur Degeneration der Hirnrinde. Wien med. Jahrb. 1886) in meinem Laboratorium genau untersucht wurde. — Dasselbe hatte nur ein Gewicht von 788 Gramm u. zw. mit den Häuten. Es gehörte einer 67 jährigen Frau an, welche ihre letzten Lebensjahre im Wiener Versorgungshause zubrachte und dabei soviel Intelligenz an den Tag legte, um den gewöhnlichen Lebensanforderungen Genüge zu leisten, sich über die verschiedenartigsten Gegenstände unterhielt u. dgl. Allerdings ergab die feinere Untersuchung dieses abnorm leichten Gehirnes, dass dasselbe von zahlreichen, durch ältere encephalitische Processe hervorgerufene, grösseren und kleineren Lücken durchsetzt war.

Sehr differenten Angaben begegnet man, wenn man versucht, zu ermitteln, welches das höchste Gewicht ist, das ein menschliches Gehirn erreichen kann.

Die Mittheilungen über die besonders schweren Gehirne von Cromwell und Lord Byron können wohl als nicht blos unzuverlässig, sondern als entschieden falsch bei Seite gelassen werden. Mehr Beachtung verdient die Angabe des Physiologen Rudolphi über ein sehr schweres Gehirn. Er sagt in seinem Grundriss der Physiologie II. B. 2. H. pag. 11 (Reutlingen 1830): „Ich habe im Januar 1819 das sonst natürlich beschaffene, und auf die gewöhnliche Weise unter dem verlängerten Marke abgeschnittene Gehirn eines Menschen (Namens Rustan, von dem ich weiter Nichts erfahren konnte, und dessen Kopf ausserordentlich gross war) 4 Pfund 24 Loth hiesigen Gewichtes schwer gefunden“. Bischoff berechnet hieraus ein Gehirngewicht von 2222 Gramm (l. c.). Der Schädel dieses Rustan befindet sich, allerdings in nicht ganz intactem Zustande, im anatomischen Museum zu Berlin. Die Messung der Schädelcapacität ergab zwischen 2120—2150 Cub. Centim. Da aber gerade nach Bischoffs Berechnung (pag. 71) das Gehirngewicht in einem annähernd bestimmbaren Verhältniss zur Schädelcapacität steht, im Mittel 11.9% der letzteren ausmacht (zwischen 2.6% und 22.6%) so muss das Gehirngewicht Rustans bedeutend geringer gewesen sein, als es nach Bischoffs Umrechnung aus der Pfundangabe wäre (Revue d'Anthropologie 1883. pag. 576).

Unter den zalreichen Gehirnen die Bischoff gewogen hat, befindet sich nur Eines über 1900 Gramm (1925) und Eines über 1700 (1770). Letzteres gehörte einem gewöhnlichen Arbeiter an.

Von einem einzigen menschlichen Gehirn ist ein 2 Kilogramm übersteigendes Gewicht authentisch nachgewiesen, es ist dies das Gehirn Turgenjeffs, welcher 65 Jahre alt im Jahre 1883 zu Paris starb. — Die Section wurde in Anwesenheit der Herrn Brouardel, Paul Ségond, Descout und Magnin vorgenommen. — Das Gehirn wog (mit oder ohne Häute?) 2012 Gramm, es soll auffallend symmetrisch in der Anlage seiner Windungen, aber auch sehr windungsreich gewesen sein. (Revue d'Anthropologie 1884 p. 192.)

Durch die Güte des Herrn Dr. Ludw. Pfleger, ersten Hausarztes am Wiener Versorgungshause, wurde mir ein Gehirn übermittelt, welches sich dem des grossen Russen an die Seite stellen kann, es vielleicht sogar um ein

Kleines übertrifft, und dann unter den genau gewogenen Gehirnen den ersten Platz einnehmen würde. — Der Träger dieses Gehirnes, Herr C. v. L., von mittlerer Grösse, israelitischer Abstammung, Sohn eines Millionärs, hatte trotz guter geistiger Begabung niemals einen ernsten Lebensberuf ergriffen; nach dem Tode seines Vaters brachte er sein beträchtliches Erbtheil in kurzer Zeit im Auslande durch, sank immer tiefer und starb endlich, ganz auf die Unterstützung seiner Angehörigen angewiesen, 58 Jahre alt, im Wiener Versorgungshause an Marasmus. —

Das Gehirn wurde frisch in eine 2% Lösung von doppeltchromsauren Kali gelegt, blieb aber durch ein unliebsames Versehen längere Zeit unbeachtet liegen. Da dasselbe wegen seiner besonderen Grösse auch das für gewöhnliche Gehirne berechnete Präparatenglas fast vollständig ausfüllte, daher nur wenig Raum für die Flüssigkeit übrig blieb, war es, als ich nach 4 Wochen an seine Untersuchung schreiten konnte, leider im Innern theilweise faul und weich geworden.

Nachdem die Häute an den meisten Stellen abgezogen waren — an den weichsten Partien mussten kleine Ueberreste, die aber wohl nicht in Betracht kommen, zurückbleiben — wog das Gesammthirn 2190 Gramm. — Theilwägungen habe ich wegen der Morschheit der centralen Theile nicht vornehmen können.

Es war anzunehmen, dass durch die Imbibition mit doppeltchromsaurem Kali das Gewicht zugenommen habe. Ich habe daher andere Gehirne in möglichst ähnlicher Weise behandelt und gefunden, dass die Gewichtszunahme im Mittel 8% betrug. Allerdings kann man diese Zahl nicht als absolut sicher annehmen, sie ist eben nur für eine aproximative Berechnung verwendbar. Die Versuche von Bischoff zeigen ja auch, in welch weiten Grenzen die bei der Alcoholhärtung auftretende Gewichtsabnahme des Gehirnes schwanken kann. — Nehmen wir aber, um irgend eine Basis zu haben, die oben angegebenen 8% als Gewichtszunahme an, so würde das frische Gehirn circa 2028 Gramm, also um Weniges mehr als das Turgenjeffs, gewogen haben.

Der Umfang des Grosshirnes war, zur Zeit als ich es untersuchte, 57.6 cm. die grösste fronto-occipitale Länge betrug 21.4 cm. Alle Windungen waren auffallend breit, obwohl von einer wirklichen Windungsarmuth nicht gesprochen werden kann. Die Parieto-occipitalfurche schnitt an der convexen Fläche beider Hemisphären oberflächlich bis in die Interparietalfurche ein. Der Gyrus angularis reicht rechts nicht bis an das obere Scheitelläppchen heran, sodass die Interparietalfurche in einer Länge von 2 cm und in einer grössten Breite von 6 mm. klaffend war und eine Tiefenwindung zu Tage trat, etwa wie die Zungenspitze zwischen den halb geöffneten Lippen. — Sonstige Besonderheiten waren an dem Gehirne nicht zu bemerken.

Auch die mikroskopische Untersuchung einiger Rindenstücke aus verschiedenen Gegenden lieferte keine erwähnenswerthen Resultate; es scheint nicht, dass die Nervenzellen in der Hirnrinde dichter oder sparsamer gelagert waren, als an anderen Gehirnen. —

Ich glaube also, dass auch der vorliegende Fall uns darauf hinweist, einen Parallelismus zwischen Hirngewicht und intellectueller Leistungsfähigkeit nur in äusserst vorsichtiger Weise anzuerkennen. Ein Mensch von mittlerer Körpergrösse und gewöhnlicher geistiger Begabung besitzt hier, wie wir sehen, ein Gehirn von ganz aussergewöhnlicher Grösse, ein Mensch dessen sociale Stellung es ihm leicht gemacht hätte, ja ihn gewissermassen dazu gedrängt haben müsste, etwaige verborgene Anlagen und Talente auszubilden und zur Geltung zu bringen. — Es kann ja geschehen, dass durch Mangel an Gelegenheit oder durch missliche Verhältnisse ein Talent nicht zur Entwicklung kommt; vielleicht geht einer bis in sein hohes Alter hinter dem Pfluge, der es zum grossen Staatsmann gebracht hätte, wenn er aus seiner Lebensstellung herausgerissen und ihm eine entsprechende Erziehung und Bildung zu Theil geworden wäre; bei C. v. L. dürfen aber solche schlummernde Kräfte, die man zu wecken vergessen hat, nicht angenommen werden, trotzdem sein Gehirngewicht, bei normalen Structurverhältnissen, ein so gewaltiges gewesen ist. —

Ich will im Anschluss an diesen Fall nur einige wenige Worte über das specifische Gewicht des menschlichen Gehirnes anfügen, da mir eine wiederholtere, eingehendere Untersuchung desselben nothwendiger erscheint, als man nach der geringen Anzahl der publicirten Wägungen zu schliessen, allgemein annimmt. — Manche Structurverhältnisse, namentlich pathologischer Art, die sich unter dem Mikroskope nicht erkennen lassen, werden vielleicht auf diesem Wege zu Tage treten können. —

Ich muss bemerken, dass die Methoden das specifische Gewicht des Gehirnes in toto zu bestimmen, mir ziemlich unsicher erscheinen, falls sie nicht mit grösster Sorgfalt ausgeführt werden. Es schien mir daher die Methode von Sankey (vergl. Ch. Bastian, On the spec. gravity of differ. parts of the hum. brain. Journ of ment. sc. XI. Bd.) die angenehmste und sicherste zu sein; es fällt dabei auch die Nothwendigkeit einer genauen Wage weg. —

Man fertigt sich Salzlösungen (am besten schwefelsaure Magnesia) von bestimmter Dichte an und zwar von 1.024, 1.026, 1.028 u. s. w. bis etwa 1.050, also im Ganzen 14 verschiedene Lösungen. Man holt sich nun ein ganz kleines Stückchen aus der zu untersuchenden Gehirngegend heraus und bringt es in eine dieser Lösungen; sinkt es zu Boden, so ist sein specifisches Gewicht grösser, bleibt es an der Oberfläche dann ist es geringer als das der Flüssigkeit, schwimmt es in der Flüssigkeit, dann hat man die richtige Dichte getroffen. Sinkt es aber z. B. bei 1.034 zu Boden und bleibt bei 1.036 oben, dann liegt sein specifisches Gewicht in der Mitte bei 1.035. — Ausdrücklich bemerke ich, dass ich die übrigens meist selbstverständlichen Vorsichtsmassregeln, die dabei noch zu beachten sind, der Kürze wegen, übergehen will.

Ich habe zahlreiche Proben von 12 Gehirnen entnommen. Dieselben stammen von Personen, die theils an acuten, theils an chronischen Krankheiten im Alter zwischen 20 und 63 Jahren gestorben sind.

Nachstehende Tabelle zeigt die Mittelzahlen die ich aus den 12 Fällen erhalten habe.

Grosshirn.											Kleinhirn.				
Linke Hemisph. Rinde.				Rechte Hemisph. Rinde.											
F.	P.	O.	T.	F.	P.	O.	T.	Mark.	C. str.	Th. o.	Rinde.	Mark.	C. dnt.	Pons.	Md. o.
1.0308	1.0325	1.0360	1.0330	1.0308	1.0325	1.0362	1.0326	1.0412	1.0378	1.0402	1.0376	1.0412	1.0400	1.0413	1.0371

Sehr auffallend dabei ist die grosse Uebereinstimmung welche beide Hemisphären aufweisen. Die Rinde des Frontallappens (F.) und des Parietallappens (P.) stimmt auf beiden Seiten sogar in der 4. Decimale, während die Occipitalrinde (O.) und die temporale (T.) nur geringen Unterschied erkennen lassen.

Immer ist die Stirnrinde am leichtesten, die Occipitalrinde am schwersten; Parietal- und Temporalrinde stehen in der Mitte. Das centrale Mark des Grosshirns und des Kleinhirns sind gleich und am schwersten, nur die Brücke erscheint um ein unbedeutendes schwerer.

Der Thalamus opticus hat ein höheres specifisches Gewicht als das Corpus striatum. Grösserer Markreichthum macht überhaupt das specifische Gewicht ansteigen. Wurde die breite Rinde einer vorderen Centralwindung in 3 gleiche Dritttheile zerlegt, so war das specifische Gewicht dieser 3 Schichten von aussen nach innen:

1.028, 1.034, 1.036.

Es erscheint also die innerste Schichte mit ihren massenhaft einstrahlenden Radiärfasern am schwersten. Die Tangentialfasern an der Oberfläche sind offenbar in zu schmaler Schichte angelagert und nicht im Stande den Ausfall der auch in den mittleren Lagen noch sehr zalreichen Radiärfasern zu decken. — Auf dieses wechselnde specifische Gewicht in den verschiedenen Rindentiefen muss man bei der Untersuchung der Rinde aus verschiedenen Hemisphärengegenden wohl bedacht sein. —

Welchen Einfluss verschiedene Umstände, wie Alter, Krankheit u. s. w. auf das specifische Gewicht des Gehirns und seiner Theile auszuüben vermögen, kann nur aus einer sehr grossen Beobachtungsreihe sicher erschlossen werden.

II.

On senile Paraplegia.

By W. R. GOWERS, London.

A form of paraplegia is occasionally met with in late life which has not, I think, hitherto been described. The subjects are of either sex, usually over 50 and often over 60 years of age. The weakness in the legs comes on very gradually, sometimes in both at the same time, sometimes one becomes weak a little before the other but the difference in the degree of weakness in the two is never great. There is commonly some rigidity of the limbs but no paroxysmal spasm. Muscular wasting is absent and there are no sensory symptoms. Anaesthesia, formication, a girdle pain and affection of the sphincters are absent. Of course in old men some alteration in micturition is common and may coincide but it formes no part of the symptoms of the disease. A characteristic and distinguishing feature of the malady is the normal state of the muscle-reflex processes („tendon-reflex") — thereis necther excess nor diminution in these phenomena. This character at once attracts attention because the manifest difficulty in walking and the tendency to rigidity lead the observer to find an excessive knee-jerk, and to obtain a foot-clonus, and he is surprised, that he does not succeed. The onset is very gradual and the course is one of slow painless increase in the symptoms, seldom cheked by treatment, but seldom going on to complete loss of power.

This affection is of the same nature as paralysis agitans. Every intermediate form is met with between this paraplegia and the general disease. It is well-known that tremor is often absent in „paralysis agitans" and that weakness with rigidity are the chief symptoms. In this senile paraplegia the arms and face may be unaffected, but very often it will be noticed that there is a tendency for the arms to assume the same position as in paralysis agitans, slight tremor may sometimes be observed in the hands, while now and then there is the characteristic slowness of expressional movement of the features or there is the well-known alteration in voice. When the ordinary form of paralysis agitans begins in one leg, the other leg is often affected before the arm on the same side; there is a tendency to paraplegic rather than hemiplegic extension. Here we have one element affording a transition to the form I have described.

Paralysis agitans must be regarded as due to a peculiar form of degeneration of the cortical cells of the brain — an alteration in their nutrition and function that does not go on to destruction. It may be followed by a similar secondary alteration in the spinal cells and peripheral nerves, causing the slight increase in nerve irritability described by myself and others. The process itself probably presents differences in different cases and so also does its extent. Hence the amount of mental failure is sometimes considerable and sometimes slight. This enables us to understand the common hemiplegic extension, while the closer relations of the leg centres on the two sides (underlying the bilateral use of the legs) makes it easy to comprehend that, if there is a tendency for the cells of the leg centre to suffer this tendency should be shared by and involve the centres in both hemispheres.

III.

Die Auftreibung der Endphalangen der Finger — eine bisher noch nicht beschriebene trephische Störung.

Von Professor O. ROSENBACH in Breslau.

Seit einer Reihe von Jahren ist meine Aufmerksamkeit auf eine eigenthümliche Affection der letzten Phalangen der Finger gelenkt worden, die meines Wissens noch keine eingehende Darstellung in der Literatur gefunden hat, obwohl sie eine solche wegen der mit ihr verbundenen nervösen Störungen und namentlich wegen der eigenartigen Localisation der hauptsächlichen nachweisbaren Veränderungen wohl verdiente.

Es handelt sich um eine eigenthümliche Auftreibung an den beiden Köpfchen der Basis der dritten Fingerphalangen, die meist mit sehr heftigen Störungen in der sensiblen Sphäre (hauptsächlich im Gebiete des Ulnaris, verknüpft ist und häufig zu einer besonderen Form der Immobilisation der Gelenke zwischen 2. und 3. Phalanx dadurch führt, dass die Affection auf die ligamenta lateralia übergreift.

Die Erkrankung betrifft fast nur Frauen; Männer werden von ihr verhältnissmässig selten betroffen, denn auf mehrere Dutzend von Frauen, die ich im Laufe der Jahre von der Störung befallen gesehen habe, kommen nur 3 Männer. Das Alter der Kranken war verschieden, doch habe ich weder bei ganz jungen noch bei ganz alten Leuten das Leiden beginnen sehen; am meisten betroffen zu sein scheinen die dreissiger und 40er Jahre; namentlich begegneten mir verhältnissmässig oft Frauen in der Nähe des Climacteriums; nur wenige Fälle aus der grossen Zahl meiner Beobachtungen betrafen das Ende der 20er Jahre.

Die Kranken gehören allen Ständen an, doch scheinen die sogenannten besseren Stände etwas zu prävaliren, was aber wohl auch ein Zufall sein kann, da Patienten aus den arbeitenden Klassen, deren Hände mehr abgehärtet sind, wohl nicht sobald die Hilfe des Arztes wegen Beschwerden, die im Anfange doch immerhin nicht zu grosse Störungen machen, in Anspruch nehmen. Alle Kranken meiner Beobachtung verdienten wegen ihres Habitus und wegen sonstiger nervöser Erscheinungen das Prädicat „nervös" im höchsten Grade, auch die erwähnten männlichen Personen mussten ohne Zweifel in das grosse Gebiet dér nervösen Kranken eingereiht werden. Die Beschäftigung spielt bei der Entstehung und Ausbildung der Krankheit keine Rolle, denn Damen, die sicher keine Art anstrengender Handarbeiten verrichteten, fand ich in hohem Grade afficirt, während, wie ich schon hervorhob, gerade die arbeitenden Klassen, Wäscherinnen, Handarbeiterinnen, Nähterinnen nach meiner Beobachtung durchaus nicht besonders häufig von der Fingeraffection befallen werden. Auch Constitutionskrankheiten oder andere Anomalien mit Ausnahme solcher der nervösen Sphäre, auf die ich bald zurückkomme, fehlten bei allen meinen Kranken, so dass für die Aetiologie der Erkrankung ausser der nervösen Genese keine Handhabe aufzufinden ist. Die sonst so häufig als Lückenbüsser herbeigezogenen Erkältungen waren in keinem Falle als begünstigendes Moment für die Entstehung der Erkrankung anzuschuldigen.

Das Krankheitsbild gestaltet sich im Allgemeinen in seinen hauptsächlichsten Züge folgendermassen:

Bei Kranken, die über vage, ziehende, reissende oder dumpfe Schmerzen in den Händen und Vorderarmen klagen, finden sich an einem oder mehreren Fingern die beiden kleinen, am proximalen Ende der dritten Phalanx der Finger befindlichen, Tubercula, die mit den beiden am Capitulum — dem distalen Ende der Phalanx — befindlichen den „Nodus" des Gelenks bilden, aufgetrieben und schmerzhaft. Die Anschwellung ist oft kaum stecknadelkopfgross in der Mitte des Tuberculum nachweisbar oder sie nimmt in diffuser Verbreitung die ganze Circumferenz desselben ein, doch ist die Anschwellung dann oft so gering, dass man nur bei genauem Zufühlen die Vergrösserung bemerkt; in andern Fällen ist die Hervorragung schon durch blose Besichtigung zu erkennen und als fast erbsengrosse Prominenz, die das Tuberculum nach allen Richtungen, namentlich im Höhendurchmesser vergrössert erscheinen lässt, abzutasten. Gewöhnlich sind beide Tubercula einer Phalanx gleichmässig der Sitz der Auftreibung, doch haben wir auch Fälle gesehen, in denen nur das eine der Sitz der Anschwellung war; es sind dann auch stets mehrere Phalangen ergriffen, sei es dass sie an einer oder an beiden Seiten die Schwellung zeigen. Den *Daumen* habe ich *nie* ergriffen gesehen; am häufigsten ist der dritte und vierte Finger, sehr selten der kleine Finger allein Sitz der Auftreibung; die Affection des Zeigefingers ist unseren Beobachtungen nach von mittlerer Häufigkeit. In allen unsern Fällen war die 1. und 2. Phalanx stets verschont; auch war kein anderes Gelenk am Carpus oder Metacarpus ergriffen. Wir konnten auch *nie* eine *gleichzeitige Affection grösserer Gelenke* constatiren, so dass wir es mit einer isolirten Erkrankung der Endphalangen oder sagen wir lieber der dritten Phalangen zu thun haben, da der Daumen, der ja zwar Endphalangen, aber eigentlich nur 2 Phalangen besitzt, stets verschont blieb.

Die Auftreibung ist von sehr harter Consistenz, wie dies namentlich dann hervortritt, wenn die Prominenz etwa in die Grösse eines Stecknadelkopfes über die Mitte des Tuberculum hervorragt und nach oben in eine Art Spitze ausläuft.

Ein einziger Fall bei einem über 70 jährigen wohlgenährten und blühend aussehenden Manne ist mir begegnet, in welchem sich die Verdickung der Tubercula, die an einzelnen Gelenken zur völligen Immobilisirung geführt hatte, vollständig schmerzlos innerhalb eines Jahres entwickelt hatte. Hier betraf das Leiden auch nur *eine* Hand, dagegen fanden sich am Metatarso-Phalangealgelenk der beiden grossen Zehen Auftreibungen, die bei ihrer Entstehung schmerzhaft waren, aber sich durch Aussehen und Art der Entwicklung (ohne Fieber und Schwellung) als aus analogen Processen wie die Auftreibungen der Hand hervorgegangen characterisirten. Von einer gichtischen Diathese konnte, wie gesagt, auch in dieser Beobachtung nicht die Rede sein, und wir sind gezwungen auch hier eine trophische Störung als Ursache der Erscheinungen anzuschuldigen.

Bei Berührung und namentlich bei Druck oder Stoss gegen das Köpfchen der Phalanx ist der Schmerz an den afficirten Stellen ein sehr heftiger, ganz gleich ob die Anschwellung frisch ist oder schon einige Zeit bestanden hat. Der empfindliche Schmerz bei solchen, selbst kleinen, Insulten bleibt bis zum völligen Verschwinden der Auftreibung bestehen; selbst wenn man die Auftreibung schon nicht mehr fühlen kann, klagen die Patienten bei Druck

auf die betreffende Stelle über beträchtliche Schmerzen. Erst einige Zeit nach dem völligen Ausgleich tritt normale Empfindlichkeit ein. Die Beweglichkeit der Gelenke ist nur wenig behindert, sofern die Kranken nicht sehr sensibel sind; eine mechanische Behinderung der Beugung findet überhaupt erst Statt, wenn die Anschwellungen recht beträchtliche sind und über das Tuberculum heraus auf die lateralen Flächen der Phalanx und auf die dort inserirenden Bänder übergreifen und diese ebenfalls verdickt worden sind. Doch findet ein derartiges Ueberschreiten der Grenzen des Tuberculum nur in Fällen statt, die bei älteren Leuten vorkommen und schon häufige Recidive des Leidens dargeboten haben. Eine constante Begleiterscheinung der Erkrankung sind Parästhesien und Schmerzen in den Vorderarmen und Fingern, namentlich an der Streckseite im Gebiete des Ulnaris; in besonders hartnäckigen Fällen scheint auch das Gebiet des Radialis am Vorderarm und an der Rückenfläche der Hand stärker betroffen zu sein; dann bestehen gewöhnlich auch Schmerzen im Gebiete des Medianus in der Vola manus. Eigentliche Sensibilitätsstörungen sind nicht vorhanden; die Empfindungskreise, so wie die Perception der verschiedenen Quantitäten und Qualitäten sensibler Reize ist eine normale; nur stärkere Kältereize werden oft unangenehm empfunden. Im Allgemeinen ist aber eine gewisse Hyperästhesie gegen heftigere Berührungen, wenn auch nicht ausgesprochen, so doch angedeutet vorhanden. Von Parästhesien bestehen: Kältegefühl, Formicationen und seltener ein schnell verschwindendes Hitzegefühl. Beträchtliche trophische Störungen an der Haut sind nicht sichtbar; bei längerdauernden und sehr intensiven Anfällen, sowie nach häufigen Recidiven zeigt sich über den Anschwellungen die Haut leicht blauröthlich verfärbt und spröde, während die Spitze der Prominenz oft durch einen hellen weissen Ton von der Umgebung absticht.

Die Dauer des einzelnen Anfalls bis zum völligen Verschwinden ist eine äusserst inconstante; die Anschwellungen bestehen oft nur wenige Tage, während sie in andern Fällen durch Wochen und Monate die Kranken belästigen; die Durchschnittsdauer der einzelnen Anschwellungen ist wohl meist nicht unter 3 Wochen. Die Recidive treten ebenfalls in ganz unregelmässigen Zwischenräumen, die mehrere Monate aber auch Jahre betragen können, auf. Einige Patientinnen gaben starke psychische Erregungen als Ursache der Erkrankung an, doch haben wir in dieser Beziehung ebensowenig einen Causalnexus wie zwischen dem Auftreten des Leidens und dem Eintreten der, gewöhnlich unregelmässigen, Menstruation feststellen können, so dass die Aetiologie uns völlig unaufgeklärt erscheint. Obwohl der Sitz der Anschwellung meist an beiden Händen ist und völliges Freibleiben einer Hand nur ausnahmsweise vorzukommen scheint, so pflegt doch die Intensität der Erkrankung an beiden Händen eine verschiedene zu sein, dergestalt, dass weder dieselben Finger befallen sind noch dass die In- und Extensität der Anschwellungen an beiden Händen die gleiche ist. Auch bei den Recidiven ist durchaus keine Constanz der Erscheinungen zu beobachten; es können bei aufeinander folgenden Anfällen die Localisationen und die Ausdehnung derselben an den befallenen Fingern ganz verschieden sein.

In der bei weitem überwiegenden Anzahl der von mir beobachteten Fälle kam es trotz wiederholter heftiger Recidive zu keiner dauernden stärkeren

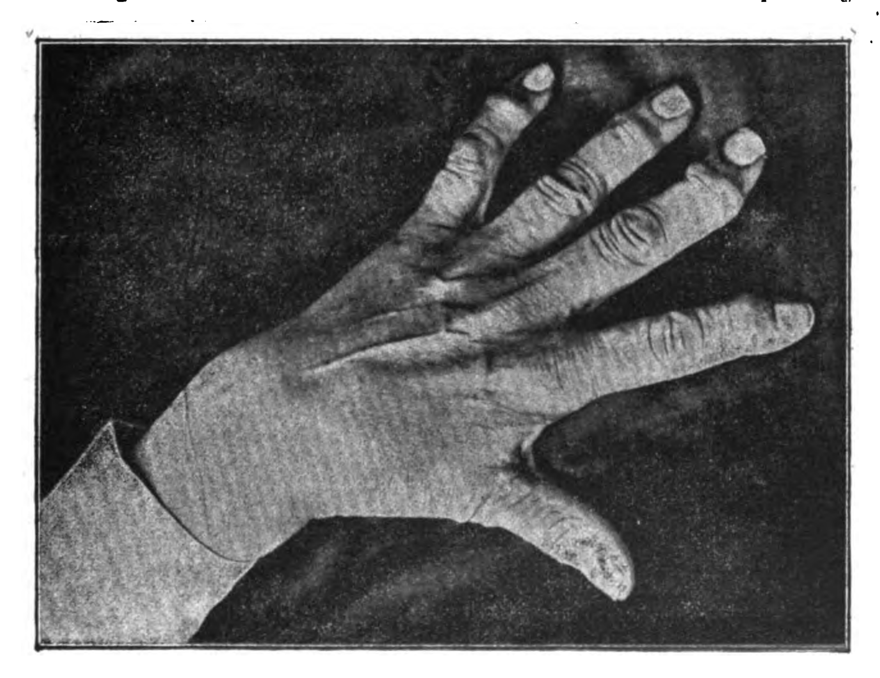
Functionsstörung, obwohl das Leiden Jahrzehnte bestand; auch wurden andere Gelenke als die die Prädilectionsstellen der Erkrankung bildenden 3. Phalangen nicht ergriffen, namenflich zeigte sich in keinem Falle eins der *grossen Gelenke oder eins der Daumengelenke*, die vorzugsweise bei Arthritis deformans erkranken, betheiligt.

Bei einer Reihe anderer Kranker — die kleine Minderzahl — stellte sich allmählich unter bleibender Verdickung der Basis der Phalange in der Gegend der Gelenkköpfchen und der Seitenbänder eine Ankylose des Gelenks ein, die aber unserer Ansicht nach nicht durch Betheiligung der Gelenkhöhle, sondern nur durch Auflagerungen von aussen, die zur Verdickung und Unbeweglichkeit der Bandapparate ausserhalb der Gelenkhöhle führen, bedingt wird. — Für eine Betheiligung der Innenfläche der Gelenke spricht nichts, da man weder Rauhigkeiten noch Ergüsse in der Gelenkhöhle constatiren kann. Die Verdickung der Bänder greift von der 3. Phalanx auf die entsprechenden Nodien des Capitulum der 2. Phalanx über und diese starren Massen machen das Gelenk steif und unbeweglich. Ich glaube auf Grund meiner Erfahrungen, dass die nicht seltene Steifheit der letzten Fingergelenke, die man bei einer Anzahl von Individuen antrifft, auf den eben geschilderten Vorgang zurückzuführen ist, wenigstens bestärken uns die Ergebnisse der Anamnese, die sich doch manchmal mit wünschenwerther Genauigkeit erheben lässt, in dieser Auffassung, die namentlich dort zutreffend erscheint, wo alle sonstigen Erscheinungen rheumatischer oder arthritischer Gelenkerkrankungen oder ursächliche Traumata fehlen.

Den höchsten Grad der Affection habe ich bei einer 76jährigen, in Folge einer motorischen Aphasie völlig sprachlosen, Frau gefunden, bei der fast sämmtliche Gelenke zwischen 2. und 3. Phalanx aller 4 Finger — der Daumen bleibt ja stets frei — völlig immobilisirt sind, doch so, dass man deutlich nachweisen kann, dass die Unbeweglichkeit nicht von einer Gelenkerkrankung, sondern von den äusseren Verdickungen herrührt. Diese starken Verdickungen, welche namentlich die Dorsal- und Seitenflächen der Phalangen betreffen und an einzelnen Stellen die Tubercula in über erbsengrosse prominente Knoten verwandelt haben, sind zur Zeit anscheinend ganz schmerzlos, haben aber zu einer eigenthümlichen Stellung der Finger geführt, die, namentlich an der rechten Hand, in den Endphalangen stark hyperextendirt, in den Metacarpophalangealgelenken etwas flectirt gehalten werden, aber doch in den letzterwähnten Gelenken beliebig gestreckt werden können, da ja alle Gelenke (ausser den Endgelenken) völlig beweglich sind. Dabei besteht besonders an der linken Hand neben der Immoblisation der erwähnten Gelenke durch die ausserhalb befindlichen Verdickungen eine sonderbare Form von Deviation der Endphalangen des kleinen, des Mittel- und Zeigefingers, indem die des erstgenannten und die des Zeigefingers eine Abweichung nach der radialen, die des Mittelfingers eine beträchtliche Ablenkung nach der ulnaren Seite zeigt. Die beigegebene Abbildung gibt ein deutliches Bild dieser eigenthümlichen Deformität, für deren photographische Aufnahme ich Herrn Dr. Ledermann zu grossem Dank verpflichtet bin.

Die eben geschilderter Deviation ist, abgesehen von anderen beträchtlichen Differenzen des Krankheitsbildes schon dadurch von der arthritischen Subluxation der Phalangealgelenke abweichend, dass bei der Arthritis die

Luxation stets in derselben (gewöhnlich radialen) Richtung, wodurch ja eben das dachziegelförmige Uebereinanderliegen der Finger bewirkt wird, erfolgt. Leider ist wegen des Defectes der Intelligenz und namentlich der Sprache der Kranken weder über die Entstehung des Leidens noch über abnorme Sensationen in den befallenen Extremitäten etwas zu eruiren; jedenfalls bestehen augenblicklich auch bei stärkerem Druck keine Schmerzempfindungen.



Ob das Leiden von einer Periostitis herrührt, lässt sich, da ja Sectionen fehlen, nicht sicher feststellen, indessen ist die Annahme einer Periosterkrankung, wenn auch nicht einer *Entzündung* wahrscheinlich, da nach Lage der Sache eben nur das Periost (oder der äussere Bandapparat) erkrankt sein kann. Dafür spricht das Fehlen der Erkrankung der Haut der afficirten Partien und die Abwesenheit aller Symptome einer wirklichen Knochenentzündung. Welcher Natur aber diese Periostaffection ist, lässt sich nicht sicher sagen. Arthritischer Natur kann sie keinenfalls sein, da Crepitiren und überhaupt jedes Zeichen einer Affection der innern Theile des Gelenkes fehlt, da die Auftreibung ganz regelmässige Begrenzungsflächen hat und im Gegensatze zu allen durch chronisch-rheumatische oder gichtische Processe bedingten Anschwellungen eine auffallend gleichmässige Oberfläche besitzt.

Es erscheint mir nach Abwägung aller Umstände als die wahrscheinlichste Annahme, dass die Affection als ein rein nervöses Leiden anzusehen ist, da die auffallende Symmetrie der Localisation, das Freibleiben des Daumens, die starke circumscripte Schmerzhaftigkeit bei Druck — Gelenkentzündungen zeigen eine viel diffusere Schmerzhaftigkeit, — ferner die auffallende Betheiligung der sensiblen Nerven im Gebiete des Vordermarms und endlich

die vorwiegende Localisation im Gebiete des Handrückenastes des Ulnaris von diesem Gesichtspunkte aus am ehesten eine befriedigende Erklärung finden. Namentlich spricht auch für diesen Zusammenhang die so oft zu constatirende Localisation der Erkrankung an symmetrischen Stellen beider Hände. Es müsste unter diesen Verhältnissen an eine centrale Affection, (des Rückenmarks) oder — was wahrscheinlicher ist — an eine Neuritis leichtester Form an den hinteren Wurzeln oder an den peripheren Theilen des Ulnaris gedacht werden, und wir hätten die Auftreibung an den Phalangen als eine rein trophische Störung anzusehen, die, da die Hautnerven frei zu sein scheinen, nur die tieferen Nervenzweige, die zum Periost gehen betrifft, also etwa ein Analogon der Herpeseruptionen der äusseren Haut, die nach der herrschenden Auffassung von einer Neuritis am Ganglion, an den Wurzeln oder im Verlauf der Hautnerven herührt. Aehnliche Erscheinungen habe ich in der That mehrfach an den *Rippen* gesehen, wo unter den Symptomen einer *heftigen Intercostalneuralgie* die Stellen im Verlaufe der Rippen, welche den *Schmerzpunkten* entsprechen, deutlich aufgetrieben waren und so lange aufgetrieben blieben, als die Schmerzen bestanden. Namentlich im vordersten Theil der Rippen sind diese Anschwellungen meist recht prägnant; doch müssen sie natürlich für gewöhnlich sehr sorgfältig aufgesucht werden, da sie bei etwas fetteren Personen nicht leicht aufzufinden sind. Ich bin also geneigt die oben beschriebenen Bezirke der Lokalisation an den Phalangen als *Analoga der Schmerzpunkte* anzusehen, d. h. als Stellen, an denen wegen einer bestimmten topographischen Anordnung des Verlaufs der Nervenbahnen alle Störungen im Gebiete des Nerven in besonders prägnanter Weise zum Ausdrucke gelangen, sei es dass sich hier äussere Insulte besonders fühlbar, sei es dass trophische Alterationen sich hier besonders bemerklich machen.

Dass die Prominenzen die Bedeutung von Schmerzpunkten haben, dafür scheint mir der bereits oben hervorgehobene Umstand zu sprechen, dass, selbst wenn *keine Anschwellungen mehr fühlbar* sind, doch die *Schmerzhaftigkeit an den Tuberculis noch fortbesteht*, und dass ebenso, *bevor* die Schwellung beginnt, diese Punkte bei Druck, nicht bei Bewegung, so empfindlich erscheinen. Die Ansicht, dass die Genese der Erscheinungen die umgekehrte ist, dass nicht eine Neuritis oder, um nichts zu präjudiciren eine trophische Störung im Gebiete des Ulnaris die Ursache der Ernährungsstörungen an den Phalangen bildet, sondern dass vielmehr die Periostitis an den Fingern als ein selbständiges Leiden betrachtet werden müsse, welches zu schmerzhaften Sensationen in den benachbarten Nervengebieten Veranlassung gebe, ist ja nicht direct von der Hand zu weisen, indssen scheint sie mir doch aus den schon angeführten Gründen, die die nervöse Entstehung wahrscheinlicher machen und namentlich deshalb, weil die Form der Periostitis — oder sagen wir lieber der *Periostauftreibung* — doch gar keine *entzündlichen* Charactere zeigt, zurückgewiesen werden zu müssen, ganz abgesehen davon, dass derartige localisirte Periostentzündungen von so eigenthümlichem Character und Verlauf sonst nicht zur Beobachtung kommen. Darum halten wir die eben beschriebene Affection für eine auf trophischer Störung gewisser Nervenbahnen beruhende Wucherung des Periosts, oder wie man die von den Nervenendigungen ausgehende Gewebsalteration des Periost resp. der Bänder sonst nennen will.

Bezüglich der Differentialdiagnose wäre vor allem die Unterscheidung zwischen der nervösen Periosterkrankung und der Arthritis deformans, die ja auch vorzugsweise Frauen zu befallen pflegt, zu erörtern. Uns scheint die Unterscheidung nicht schwer, da hier ganz andere Localisationen in den grossen Gelenken und im Daumen vorhanden sind, da die Beschaffenheit der Auftreibungen, die Unregelmässigkeit der Conturen, die unregelmässige Affection aller Phalangealgelenke und vor allem der Umstand vor Verwechselung schützt, dass in unsern Fällen eben das Innere des Gelenks von der Erkrankung verschont bleibt, dass weder Crepitiren noch besonders heftiger Schmerz bei Bewegung vorhanden ist, dass die Hauptstörung ausserhalb des Gelenks auf der Dorsalseite der Phalanx sitzt. Ausserdem ist nicht zu vergessen, dass bei der Arthritis, namentlich in ihren frühesten Stadien, die Steifheit und Schmerzhaftigkeit der befallenen Theile am frühen Morgen am stärksten ist und erst im Verlaufe des Tages, vielleicht gerade unter dem Einflusse stärkerer Muskelbewegungen, eine beträchtliche Abnahme zeigt, während bei der hier erörterten Affection der Phalangen die Beschwerden weder eine Exacerbation am Morgen noch eine Remission in den späteren Stunden zeigen und sich überhaupt durch ihre auffallende Constanz während einer verhältnissmässig langen Periode auszeichnen.

Die Differentialdiagnose gegenüber den gichtischen Localisationen basirt vor allem auf dem Umstande, dass die Anfälle von so langer Dauer sind, dass Röthung und Schwellung der erkrankten Theile fehlt, dass weder von einer gichtischen Diathese noch von Heredität die Rede sein kann, dass Frauen so häufig betroffen werden, dass endlich der Sitz der Verdickungen und ihr Character ein von dem gichtischer Ablagerungen durchaus verschiedener ist. Unsere Beobachtungen haben stets gezeigt, dass der Nachweis der gichtischen Natur des beschriebenen Processes nicht zu erbringen ist, obwohl viele Patienten ihr Leiden als „Gicht“ zu bezeichnen und in dieser Annahme durch ärztliche Autorität bestärkt zu werden pflegen.

Das Wesentliche unserer Affection ist also, um es nochmals zu betonen die Localisation an den Tuberculis der Dorsalseite der dritten Phalangen der Finger, die meist grosse und gleichmässige Schmerzhaftigkeit, das symmetrische Auftreten an beiden Händen, die Art der sensiblen Störungen im Gebiete des Vorderarms und des Ulnaris. Bei vorgeschrittenen Fällen ist die Art der Steifheit der Gelenke, das Ausbleiben jeder andern Gelenkaffection, die gleichmässige Verdickung der Gelenke, namentlich an den Seitenrändern, hervorzuheben. Die an der Wirbelsäule oft bestehenden Schmerzpunkte halten wir nicht für characteristisch für das uns beschäftigende Leiden, da wir dieses Symptom zu häufig bei andern Erkrankungen und über haupt bei nervösen Personen finden, um ihm eine bestimmte differential-diagnostische Bedeutung — ausser dem eines Symptoms nervöser Irritabilität beizulegen.

II. Referate und Kritiken.

179) **C. Martinotti** (Pavia): Di alcuni nuovi gruppi di cellule cerebrali simili ai cosidetti granuli del cervelletto. (Annali di Freniatria 1889 III.)

Golgi unterscheidet als „granuli“ gewisse nervöse, in der zweiten Schicht des Kheinhirns vertretene Elemente, die sich durch ihre Kleinheit

und das eigenthümliche Verhalten ihrer Fortsätze, des nervösen, wie der protoplasmatischen, auszeichnen. M. hat nun ähnliche Elemente, gruppenweis angeordnet auch im Grosshirn gefunden, und beschreibt deren Verhalten beim Kaninchen, mit der Angabe, dass er sie auch beim Meerschweinchen, Maulwurf und Menschen beobachtet hat. Er fand sie beim Kaninchen an der Linie, in welcher die Innenfläche der Hemisphären mit dem corp. striatum zusammenstossen, theils in einem bilateralen wohl abgegrenzten Kern im Septum pellucidum, der in einem 4—5 Millimeter hinter dem vorderen Ende des Balkens gelegenen Schnitte auftritt. In dem sehr massigen Septum pellucidum des Kaninchens hat dieser ovale Kern die Höhe von 1509 die Breite von 700 μ.

Der nervöse Fortsatz der Körnchenzellen giebt einige feine laterale Zweige ab, und verliert sich dann in der Substanz des betr. Kerns.

Kurella.

180) **C. Martinotti** (Pavia): Contributo allo studio della corteccia cerebrale. (Annali di Freniatria 1889 IV.)

M. bestätigt unter Anwendung der Methode Golgi's vollkommen die Angaben dieses Forschers über die Ausprägung der bekannten Differenz sensorischer und motorischer Zellen auch in der Hirnrinde, und macht noch einige Angaben über eine äusserste, aus Neurogliazellen bestehende Grenzschicht der Rinde, „die dem reichen Stratum markhaltiger Fasern zum Schutz dient"; in diese äusserste Grenzschicht hinein erstrecken sich die Protoplasma-Fortsätze von der Spitze der pyramidalen Ganglien-Zellen. Kurella.

181) **A. Binet**: Mouvements des jeunes enfants. (1890 Revue philosophique Bd. 15 S. 297.)

Binet untersuchte die Entwicklung der kindlichen Gehversuche, dann die sogenannten automatischen Bewegungen, und schliesslich die Reactionsbewegungen der Kinder. Als Reactionszeit nach Schallreiz fand er bei einem dreijährigen Kind 0,47 Sekunden (Minimum 0,19, Maximum 0,92), bei einem vierjährigen 0,66 (Min. 0,20 Max. 1,0), bei einem siebenjährigen 0,58 (Min. 0,20 Max. 1,30). Münsterberg.

182) **Max Falk**: Versuche über die Raumschätzung mit Hülfe von Armbewegungen. (J.-D. Dorpat 1890.)

Die Raumschätzung ohne Zuhülfenahme der Gefühlseindrücke ist neuerdings in mannigfaltiger Weise studirt. Goldscheider prüfte die Schwelle unseres Raumsinnes, d. h. die Grösse der eben merkbaren passiven Gliederbewegung (Dubois-Reymond's Archiv 1889); Löb untersuchte den Grössenunterschied zwischen gewollter und ausgeführter Bewegung bei wechselndem Verkürzungsgrad der thätigen Muskeln (Pflüger's Archiv Bd. 46); Referent analysirte experimentell die Raumanschauung mit Hülfe des Gehörsinnes (Beiträge z. exp. Psychol. Heft II). Falk, der unter Kräpelin's Leitung arbeitete, specialisirt seine Aufgabe dahin, dass er die Unterschiedsempfindlichkeit für Armbewegungen untersuchen will und die Abhängigkeit dieser Empfindlichkeit vom Kraftaufwand, von Dauer und Geschwindigkeit der Bewegung, von den Lagerverhältnissen der Extremität, von der Distanz und vom Excursionswinkel. Mittels sinnreichen Apparates der es ermöglichte, den rechten

Unterarm in horizontaler Stellung auf rollender Unterlage in genau messbarer Weise zu verschieben, konnte Verf. zwei Jahre hindurch an sich selbst eine grosse Zahl einschlägiger Versuche anstellen. Es ergab sich, dass der constante Fehler zum Theil vom Verkürzungsgrad der Muskeln abhängt und das Bestreben, zu überschätzen, in der Vorwärtsbewegung geringer ist, als in der Rückwärtsbewegung; etwaige Belastung ist dagegen ohne Bedeutung für die Schätzung der Distanz. Der Gang des variablen Fehlers erweist sich von der Geschwindigkeit unabhängig, desgleichen vom Kraftaufwand und den Lagerverhältnissen des Arms; ein deutlich merkbarer geringer Einfluss kommt der Uebung zu. Bezüglich des Verhältnisses zwischen dem variablen Fehler und der Reizgrösse zeigte sich dar Weber'sche Gesetz annähernd gültig, sobald als Reizgrösse nicht die reine Distanz, sondern die Distanz plus ihrem constanten Fehler angesetzt wird. Münsterberg.

---

183) **Carl Lorenz**: Untersuchungen über die Auffassung von Tondistanzen. (Philos. Studien Bd. 6. H. 1.)

Mit Hülfe des Appum'schen Tonmessers wurden 110,000 Versuche über die Vergleichung zweier sich berührender Tondistanzen angestellt; jedesmal wurden drei Töne hintereinander angegeben und die Versuchsperson musste entscheiden, ob der zweite Ton näher zum ersten oder zum dritten, oder in der Mitte liegt. Es ergab sich, dass gleichen Unterschieden der Tonempfindungen gleiche absolute Unterschiede der Schwingungszahlen entsprechen, oder dass die Aenderungen der Tonempfindungen den Aenderungen der Schwingungszahlen proportional sind. Die relative Beziehung zwischen Tonempfindung und Schwingungszahl, wie dieselbe aus der Beurtheilung der Töne nach Intervallen bisher stets gefolgert worden ist, findet somit nicht statt. Die Beurtheilung der Töne nach Intervallen beruht lediglich auf der Klangverwandtschaft, nicht auf der unmittelbaren Auffassung; nach letzterer erscheint die Distanz von 200 zu 400 Schwingungen gleich der von 400 zu 600, nach ersterer gleich der von 400 zu 800 Schwingungen. Das Weber'sche Gesetz, das von seinem Urheber nicht am wenigsten auf die Schätzung der Tonqualitäten gestützt wurde, hat für diese mithin keine Gültigkeit; nicht der relative gleiche, sondern der absolut gleiche Schwingungszuwachs wird für gleich gehalten. Münsterberg.

---

184) **N. M. Popow**: Ueber Veränderung der nervösen Elemente des Centralnervensystems bei Lyssa. (Warschauer Universitätsnachrichten 1890. Nro. 3.)

Nachfolgende Daten sind einem, in Nro. 8 des Medizinskoje Obosrenie enthaltenen Autorreferate entnommen.

Alle bisher veröffentlichten Untersuchungen zur pathologischen Anatomie des Nervensystems bezogen sich beinahe ausschliesslich auf die dabei stattfindenden Veränderungen des Gefässsystems in Gehirn und Rückenmark. Nur Pokotilow hatte gefunden, dass sich unter dem Einflusse des Lyssagiftes eine parenchymatöse Myelitis ausbilde. Vor 2 Jahren veröffentlichte K. Schaffer seine Beobachtungen, aus welchen sich ergab, dass in Folge des Druckes, der durch ein von den Gefässen abgesondertes Exsudat ausgeübt wird, besonders im verlängerten Marke atrophische Processe auftraten, eine Ansicht, welcher die Gesellschaft Pesther Aerzte beipflichtete. Verf. hat nun, um die zwischen den

verschiedenen Autoren herrschende Meinungsverschiedenheit auszugleichen, den ersten, ihm vorgekommenen Fall genau untersucht und dabei die Ueberzeugung gewonnen, dass die nervösen Elemente keinen geringern Antheil an der Erkrankung hätten, als das Gefässsystem. — Die *Nervenfasern*, besonders im Rückenmarke, zeigten eine Reihe varicöser Auftreibungen, Anfangs nur wegen ungleichmässiger Blähung des Myelins bei unversehrtem Axencylinder, welcher in der Folge aber hypertrophirt, das Myelin allmählig verdrängt und schliesslich allein die Verdickung darstellt. Die über das ganze Nervensystem gleichmässig verbreitete Veränderung der Nervenzellen betraf sowohl das *Protoplasma*, wie den *Kern*. In ersterm fanden sich Anhäufungen gelbbraunen Pigments, welches theils an einem der Zellenpole, theils um den Kern herum abgelagert war und dann nur den peripheren Theil der Zelle freiliess. In besonders stark ergriffenen Zellen erfüllten die Pigmentkörner die ganze Zelle, welche eine runde Form annahm und die Fortsätze verlor, Kern und Kernkörperchen konnten nicht mehr unterschieden werden, neben solchen Zellen fanden sich Anhäufungen von Pigmentkörnern, welche nur in ihren Umrissen an Zellen erinnerten. Die Kerne selbst waren auch am krankhaften Processe mitbetheiligt, hatten ihre regelmässigen Contouren verloren, zeigten Körnung und schwanden schliesslich, nur das von unregelmässig vertheilten Körnchen umgebene Kernkörperchen blieb bestehen. Diese Veränderungen am Kerne gingen übrigens nicht immer parallel mit denjenigen am Protoplasma.

Im Gegensatze zu Schaffer konnte Verf. keine Veränderungen an den intercellulären Räumen finden, sondern sah, dass die Zellenkörper grösstentheils der umgebenden Neuroglia anlagen. Das in ihnen enthaltene Pigment hatte augenscheinlich nicht in Folge äussern Drucks, sondern als Resultat gestörter Ernährung sich gebildet, wie eine solche primär in den Nervenzellen selbst aufgetreten war. — Verf. kommt aus seinen Untersuchungen zu dem Schlusse, dass die von ihm gefundenen Erscheinungen entzündlicher Natur seien. — Die Veränderungen im Rückenmarke waren nicht überall von gleicher Intensität, am stärksten waren die Zellen der Vorderhörner im Hals- und Lendenmark betroffen, im verlängertem Marke hatten besonders die motorischen Kerne gelitten, in den subcorticalen Centren die in den hintern Vierhügeln gelegenen Zellen, in der Grosshirnrinde die Riesenzellen der Stirn- und Paracentrallappen. Aus diesem Allen folgt, dass die motorischen Zellen am leichtesten vom Lyssagifte beeinflusst werden und ihm geringen Widerstand leisten. Hinze.

---

185) **Alessandro Borgherini** (Padua): Della paralisi agitante. Studio clinico. (Rivista sperimentale di freniatria Bd. 15. H. 1. 1889.)

Verf. hat 4 Fälle von Paralysis agitans genauer studirt, darunter einen mit nachfolgender Autopsie und unternimmt es nun das gesammte Krankheitsbild nochmals von neuem zu zeichnen. Was die *Aetiologie* angeht, so ist die Krankheit immer seit lange vorbereitet. Sie kann wohl z. B. nach einem heftigen Schrecke in die Erscheinung treten, doch ist das nur eine Gelegenheitsursache, welche die seit vielen Jahren vorbereitete Krankheit zum Ausbruch brachte. Eine der wichtigsten wahren Ursachen der Krankheit ist die *Heredität*. In einer Familie von 9 zwischen 60 und 84 Jahren ge-

storbenen Mitgliedern litten 7 an Paralysis agitans oder essentiellem Tremor, später erkrankten auch noch 3 Kinder derselben im höheren Alter an Paralysis agitans oder Tremor. Auch sonst wird von manchen Schriftstellern die Heredität als wichtiger Factor anerkannt. Andere, wie Heimann wollen keine Ursache finden; nimmt man aber eine spontane Entwicklung an, so hat man diese als eine langsame, fortschreitende Modification der nervösen Centren anzusehen, die in letzter Instanz nichts weiter als ein Reflex ihrer Organisation ist. Von anderen Ursachen erkennt Verf. starke psychische Erschütterungen, Traumen, Rheumatismus als Gelegenheitsursachen an.

Was die *Symptomatologie* angeht, so hebt Verf. im Gegensatz zu Charcot das auf die Dauer *Ungleichmässige des Tremors* wie es die Aufnahme einer Reihe von Curven lehrt, hervor. Manchmal ist der Tremor z. B. beim Essen und Trinken so stark, dass er durch den Willen nur eine kurze Zeit unterdrückt werden kann, dann aber nur um so heftiger wieder losbricht, was Chambard als „Entladungsphaenomen bezeichnete". Die Beobachtungen von Westphal und Grashey, dass nach einer Apoplexie der Tremor auf der gelähmten Seite schwindet, wurden benutzt die Krankheit als eine Neurose der Hirnrinde zu erklären. Verf. tritt dem entgegen; er nimmt bei der Schüttellähmung eine erhöhte Erregbarkeit der grauen Spinalaxe an, welche durch irgend einen äusseren Reiz gesteigert wird; als solchen sieht B. die Thätigkeit der Hirnrinde an; fällt letztere im Schlafe oder nach einer Apoplexie weg, so fällt auch der Tremor weg. Die *Schrift* ist bekanntlich verhältnissmässig gut erhalten, doch macht sich auch hier das Entladungsphaenomen geltend. Das *Sprechen* ermüden die Pat. vielfach leicht. Puls und Respiration fand B. in seinen Fällen normal. Die *Temperatur* war in einem Falle zuweilen erhöht, (38.3°); er schiebt dies auf Innervationsstörungen im Sympathikusgebiete. Die *Sensibilität* war durchaus normal; der Temperatursinn nach der Goldscheider'schen Methode geprüft, zeigte keine Veränderung. B. glaubt desshalb das *Wärmegefühl*, über das die Pat. öfters klagen, nicht auf eine Paraesthesie, sondern auf eine wirkliche Veränderung der Capillarcirculation schieben zu sollen. Die *Sehnenreflexe* sind herabgesetzt. Die *willkürlichen Bewegungen* sind verlangsamt, die *Muskelkraft* herabgesetzt. Die *elektrische Erregbarkeit* ist gleichfalls herabgesetzt. Der *Harn* zeigt geringe Verminderung der Sulfate und Phosphate, Vermehrung des Harnstoffs. In der Pro-retro-lateropulsion sieht Verf nur eine Folge der Gleichgewichtsstörung.

Was die *pathologische Anatomie* angeht, so fand Verf. in seinem Falle eine nicht besonders starke, doch aber deutliche Sklerose von Pons, medulla oblongata und spinalis und zwar sowohl der grauen wie auch der weissen Substanz, stärker allerdings in der grauen. Von der weissen Substanz waren insbesondere die vorderen und seitlichen motorischen Bahnen alterirt. Ausserdem zeigten die Spinalwurzeln (zumal die vorderen), die peripherischen Nervenstämme, das System des Sympathicus, sowie die Muskeln eine Wucherung des interstitiellen Bindegewebes und theilweise Atrophie der Nerven resp. Muskelsubstanz. Am meisten in die Augen sprang aber, dass das gesammte arteriöse Capillarnetz sowohl der Centren wie der Peripherie des Nervensystems theils nur Erweiterung und Schlängelung, theils aneurysmatische

Vergrösserung, Verdickung und Infiltration der Wandungen, Erweiterung der Gefässscheiden und Haemorrhagien in dieselben darbot.

Aus dieser und einigen ähnlichen in der Literatur enthaltenen Sectionsbefunden, schliesst Verf., dass die Paralysis agitans keineswegs eine Neurose sondern eine organische Erkrankung des Centralnervensystems sei; die entgegengesetzten Befunde werden in etwas gewaltsamer Weise theils als nicht beweisend verworfen, theils in einer für die Theorie des Verf. günstigen Weise umgedeutet. Des weiteren weist Verf. auf die grosse Verwandtschaft der gefundenen Anomalien mit denen des Greisenalters hin, wie ja auch der Tremor senilis in mancher Beziehung dem Tremor der Paralysis agitans gleicht. Er steht nicht an, auf Grund seiner klinischen wie anatomischen Studien die Behauptung aufzustellen, dass die Paralysis agitans einen Alterszustand des Nervensystems darstellt, der sehr weit vorgeschritten ist und auch sogar die physiologischen Grenzen überschreiten kann, so dass er wenn auch selten, selbst schon im Kindesalter sich zeigen kann.

Zum Schlusse sagt Verf., dass Aetiologie, Symptomatologie und pathologisch anatomische Befunde zeigen, dass die *Paralysis agitans keine Neurose ist, sondern auf einer materiellen Störung beruht*; dafür spricht auch der langsame, progressive zum Tode führende Verlauf. *Der Sitz der anatomischen Laesionen ist vorzugsweise in den motorischen Bahnen des Pons der Medulla oblongata und spinalis su suchen.* Vielleicht werden später genaue Beobachtungen zeigen, dass auch die im obigen Falle beobachteten Veränderungen der peripheren Nerven, des Sympathikus und der Muskeln ein Theil der Symptome zurückzuführen ist. Strauscheid.

---

186) **Malibran** (Plombières): Considérations sur les troubles fonctionnels de l'appareill neuro-muscullaire gastro-intestinal. (L'Union médicale 1890. Nro. 28.)

Die gastro-intestinalen Muskeln besitzen zwei mechanische Eigenschaften, die tonische, welche das Caliber des Darms regulirt, und die pristaltische, welche die Fortbewegung des Inhalts besorgt. Störungen in der Thätigkeit beider kommen nach zwei Richtungen vor, als Atonie (insufficienter Tonus) und Hypertonie (excessiver Tonus), erstere durch eine Erschlaffung der Muskeln und Vergrösserung des Darmkalibers, letzterer durch Spasmus oder Contractur und damit Verengerung derselben charakterisirt. Die Störungen der Peristaltik stellen sich dar, je nach dem an den betreffenden Muskeln von cerebro-spinalen nervösen Centren oder den peripheren aus direct oder reflectorisch beschleunigende oder verlangsamende Einflüsse sich geltend machen, als Hyperkinesie, (klonischer Spasmus oder vermehrte Peristaltik) die sich gewöhnlich durch Diarrhoe verräth, oder als Akinesis (verlangsamte Peristaltik), die mehr oder weniger hartnäckige Constipation zur Folge hat. Zwischen den Anomalien im Tonus des Darms und denen des Peristaltik kann nun functionelle Dissociation bestehen, so dass der Darm atonisch und trotzdem die Peristaltik normal oder sogar excessiv, oder hypertonisch und die Peristaltik träge und unbeweglich sein kann. Die letztere Form — Hypertonie mit Akinese — findet sich hauptsächlich bei Neurasthenikern mit Enterophose.

Ist der Darm atonisch, so besteht gewöhnlich auch Akinesie, jedoch ist intermittirende Hyperkinesie möglich. In diesen Fällen ist der Magen oft atonisch. Der Typus der Kranken mit dieser neuromusculären Störung des Darms wird gebildet durch die an Constipation leidenden Individuen mit hervorragendem Bauch, die zeitweilig Diarrhöen und oft eine Dilatation des Magens haben.

Ist der Darm habituell hypertonisch, so ist er gleichzeitig immer akinetisch, jedoch lässt sich Hyperkinese hervorrufen. In diesen Fällen ist der Magen immer atonisch. Die Kranken dieser Gattung von neuro-musculären Störungen bilden die Neurastheniker mit plattem Bauch und retrahirtem Darm, die an hartnäckiger Constipation leiden, deren Darm sich aber oft mit unerwarteter beträchtlicher Energie auf zuweilen geringe Dosen von Laxantien contrahiren kann. Was nun den Magen allein anbetrifft, so ist er häufig atonisch ohne oder mit Akinesie. Sehr selten ist er bei normalem Tonus akinetisch; niemals scheint er aber hypertonisch sein zu können. Im ersteren Falle, dem häufigsten, (Atonie ohne Akinesie) hat man es mit allgemeiner atonischer Dilatation zu thun, die häufig vom Kranken gar nicht bemerkt mit guter Digestion verbunden ist, häufig aber durch ein längeres Verweilen der Nahrung und abnorme Chymusbildung (Atonie mit Akinese) ausgezeichnet ist und dann mehr oder weniger schnell dyspeptische Symptome, Gastralgie, Flatulenz, Pyrosis etc. hervortreten lässt. Bei normalem Tonus mit Akinese können dieselben dyspeptischen Erscheinungen bestehen, aber man findet keine Dilatation. Schliesslich kann man neben diesen chronischen Typen auch noch acute unterscheiden, die sich durch heftige Spasmen der Därme auszeichnen, und sich durch vorübergehende Diarrhoen bemerkbar machen, und durch vorübergehende atonische Dilatation des Magens. Ebenso können entgegengesetzte Verhältnisse auftreten, Erscheinungen von passagerer Obstruction mit schmerzhafter Distension.

M. resumirt seine Betrachtungen schliesslich dahin:

Die functionellen Störungen des neuro-musculären gastro-intestinalen Apparates können isolirt den Tonus und die Peristaltik betreffen.

Giebt man die functionelle Dissociation zu, so erklärt sich die Pathogenie von sonst unerklärlichen klinischen Erscheinungen leicht.

Die Verschiedenheiten im Kaliber des Gastro-intestinalschlauches (Atonische Dilatation des Magens, Atonie und Hypertonie des Darms) haben nur eine secundäre Bedeutung in Bezug auf die Chymeuse oder stercorale Stagnation und die spastische Diarrhoe (Gastrische Akinesie, Akinesie und Hyperkinesie des Darms); Störungen des Tonus sind weniger gefährlich als die der Peristaltik. Darmirrigationen von circa 42^0 warmen Wasser bilden die locale Medication bei intestinaler Akinesie mit Hypertonie.

Holtermann.

---

187) **R. Stintzing** (München): Der angeborene und erworbene Defect der Brustmuskeln, zugleich ein klinischer Beitrag zur progressiven Muskelatrophie.
(Deusches Archiv für klin. medicin. Bd. 45. Heft 3 u. 4 1889.)

Bekanntlich ist das angegebene Vorkommen von Defecten des musc. pectoralis major und minor ein recht seltenes. Verf. konnte aus der Literatur (die allerdings nicht vollständig berücksichtigt wurde, Ref.) nur 13 klinisch

beobachtete Fälle zusammenstellen, wozu er 2 neue bringt. In dem einen Falle handelt es sich um einen angeborenen, fast vollständigen Mangel der rechtsseitigen Brustmuskeln, woneben eine leichte Asymmetrie des Gesichts- und Verkümmerung der rechten Oberextremität, insbesondere der Hand und der Finger mit Syndaktylie besteht. Der Defect der Brustmuskeln ist verbunden mit dürftiger Entwicklung des Unterhautzellgewebes, der Haut und ihrer Gebilde (Brustwarze, Haare). Dabei besteht keine Asymmetrie des knöchernen Brustkorbes.

Im zweiten Falle handelt es sich um ein Fehlen der Sterno-Costalportion des Pectoralis major und geringe Entwicklung des Pectoralis minor auf der linken Seite mit ähnlichen trophischen Veränderungen der Integumente. Dabei ist aber der Betreffende Linkshänder. Mit diesen beiden Fällen von angeborenem Fehlen der Muskeln vergleicht Verf. 3 Fälle von erworbenem Fehlen der Brustmuskeln, es handelt sich in diesen Fällen zweimal um eine Dystrophia musculorum progressiva, einmal wahrscheinlich um eine spinale progressive Muskelatrophie.

Verf. sucht nun einige Anhaltspunkte für die Differentialdiagnose zwischen den angeborenen und den erworbenen Brustmuskeldefecten zu geben.

Die *angeborene* Form ist *meist einseitig*, während die Muskelatrophie mit der Zeit immer beide Seiten angreift.

Die *Ausdehnung des Muskelschwundes im Bereiche der Pectorales* kann bei beiden Formen die gleiche sein. Auffallend ist das häufige Erhaltensein des claviculären Bündels des Pect. major.

Die *elektrische Reaction* ist nur für den Fall des Nachweises der EAR verwerthbar, dann handelt es sich um einen spinalen oder neuritischen Process. *Fibrilläre Zuckungen* sprechen gleichfalls für spinale Muskelatrophie. Sowohl bei der angeborenen wie bei der erworbenen Form unserer Anomalie *können auch andere Muskeln atrophisch sein*; dann fällt aber die *Leistungsfähigkeit der von Geburt an Kranken* im Gegensatz zu den starken Störungen in der Leistungsfähigkeit der später Erkrankten auf.

Bleiben trotzdem noch Zweifel, so entscheiden die bei der angeborenen Form nie fehlenden *trophischen Veränderungen der Integumente*, die in erworbenen Fällen regelmässig fehlen, die Diagnose; dahin gehören: Verkümmerung der Brustwarze mit Hochstand derselben, Schwund des Pannikulus, rudimentäre Beschaffenheit oder Fehlen der Brusthaare, abnorme Straffheit (Verkürzung) der Haut.

Ueber die Pathogenese der angeborenen Form der Brustmuskeldefecte wissen wir nichts bestimmtes.

Auffallend ist die oft vorzügliche Leistungsfähigkeit der von Geburt an Kranken; wir haben hier eines der besten Beispiele von dem vicariirenden Eintritt gesunder Organe für erkrankte oder fehlende.

Wenn aber auch der einfache angeborene Brustmuskeldefect die Erwerbsfähigkeit in keiner Weise beeinträchtigt, so hält Verf. die Betreffenden doch für den Militärdienst für untauglich.

Die durch den in Frage stehenden Muskeldefect gebotene Gelegenheit zu einer genauen Untersuchung der Zwischenrippenmuskeln benutzte Verf. ausgiebig und konnte dabei ganz die früheren Beobachtungen von Ziemssen und anderen bestätigen.

Strauscheid.

---

188) H. S. Upson (Ohio): On a case of multiple neuritis and cerebro-spinal meningitis. (Journal of nervous and mental disease Juni 1889.)

Verf. theilt den Fall von einer Frau von 27 Jahren mit, die ein Jahr nachdem sie eine plötzliche Attake von multipler Neuritis, die alle 4 Extremitäten betraf durchgemacht hatte, abermals an einer multiplen Neuritis diesmal im Verein mit Cerebrospinalmeningitis, erkrankte und dieser erlag.

Strauscheid.

---

189) E. Belmondo (Modena): Le alterazioni anatomiche del midollo spinale nella pellagra e loro rapporto coi fatti clinici. (Rivista sperimentale di freniatria. 1889—90. Bd. XV. 2—4. Bd. XVI. 1 u. 2.)

Auf Grund eines reichen sowohl klinisch genau beobachteten, als post mortem exact untersuchten Krankenmaterials kommt Verf. zu folgenden Schlüssen.

Bei der Pellagra finden sich in etwas vorgerückten Stadien der Erkrankung combinirte primäre Degenerationen der Seitenstränge und Hinterstränge des Rückenmarkes; erstere sind meist mehr befallen wie letztere. Ausserdem finden sich constante Veränderungen der grauen Substanz des Rückenmarks, nämlich: Atrophie der Ganglienzellen, Vermehrung der Pigmentsubstanz in denselben, Verminderung ihrer Fortsätze. Endlich findet man regelmässig eine chronische Leptomeningitis und in einer beträchtlichen Anzahl von Fällen eine diffuse Arachnitis ossificans. Die Gefässe zeigen weder constante noch besonders schwere Veränderungen.

Klinisch beobachtet man bei den Pallagrösen schwere Störungen der Motilität, nämlich Paraparese (manchmal wirkliche Paraplegie), Steigerung des Muskeltonus und Verstärkung der Sehnenphänomene, spastisch-paralytischen Gang, Zittern und Unsicherheit der Bewegungen, in den oberen Extremitäten. Die Sensibilität ist häufig gar nicht gestört; in einigen Fällen aber findet man Hyperaesthesie und Hyperalgesie in anderen Hypaesthesie und Hypalgesie. Dies Verhalten der Sensibilität trotz constanter Erkrankung der Hinterstränge bestärkt den Verf. in seiner auch schon bei genauer Untersuchung der Pathologie der Tabes dorsalis (worüber näheres im Original nachzulesen ist,) gewonnenen Ansicht, dass die Hinterstränge keine Bedeutung haben für die Leitung irgend welcher centripetaler sensibler Reize.

Was die Pathogenese der gefundenen anatomischen Rückenmarksveränderungen betrifft, so glaubt Verf. sie mit Sicherheit auf eine einfache primäre Degeneration der Nervenfasern zurückführen zu können.

B. tritt der Ansicht Lombroso's, dass die Pellagra entsteht durch die mit dem Genusse von verdorbenem Mais verbundene Einführung eines Giftes, welches in jenem durch bestimmte Pilze praeformirt sei, entgegen; er hält vielmehr die Pellagra für eine Infectionskrankheit, hervorgerufen durch mit der Nahrung aufgenommene Mikroorganismen, die sich erst im Körper entwickeln; ihre giftigen Produkte rufen eine langsame allgemeine Intoxication hervor, welche die primäre Nervenstrangdegeneration, die nach Ansicht des Verf. immer auf einer Intoxication beruht, bedingt.

Der sogenannte Typhus pellagrosus ist nichts weiter als ein wieder acutwerden der chronischen Pellagra; bei diesem Zustand treten die nervösen Symptome stark in den Vordergrund, insbesondere die Zeichen der spinalen Meningitis mit raschem Kräfteverfall und hochgradiger geistiger Umnachtung. Der ganze Symptomencomplex des Typhus pellagrosus, sein Ablauf, die anatomischen Veränderungen, auf denen er beruht, (Myelitis acuta incipiens, Schwellung der Mesenteriallymphdrüsen, Intestinalentzündung) bekräftigen noch die Ansicht, dass die Pellagra zu den allgemeinen Infectionskrankheiten zu zählen ist. Strauscheid.

190) **Chavernak** (Aix): Une localisation cérébrale. (L'Union médicale 1890 No. 17.)

Ein 69 jähr., kräftiger Mann erkrankt plötzlich unter heftigen Diarrhoen mit Tenesmus, Erbrechen, Kopfschmerzen, Fieber (ohne initialen Frostanfall), Appetitlosigkeit: In den nächsten Tagen treten zeitweise Delirien, trockener Husten mit heftigen Schmerzen in der Brust, saccadirte Respiration, Sprachstörung, linksseitige Ptosis und linksseitige Lähmung des Rectus internus hinzu. Facialislähmung bestand im Gesicht nicht, die Pupillen waren intact, ebenso die Motilität der Extremitäten, auch an Herz und Lunge waren Erkrankungen nicht nachzuweisen. Unter schnell zunehmenden Schluckbeschwerden und Sprachstörung, Auftreten von Singultus, Lähmung des Sterno-mastoideus und des Trapezius und erschwerter Respiration trat innerhalb 6 Tagen der Tod ein. Section verweigert.

Ch. meint, dass es sich um eine Laesion handle, die vom Noeud vital bis in das Innere der Pons sich erstreckte, eine sogenannte „mesocephalitis acuta". Der Kranke war weder Alkoholist, noch litt er an einer constitutionellen Erkrankung. Holtermann.

191) **A. de Luzenberger**: Tumore del corpo calloso e corona raggiata con disturbi psichici. (Il Manicomio moderno. 2. 1889.)

Ein 33 jähriger sehr reizbarer Potator erkrankt, nach einem venerischen Excesse plötzlich an einer Sehstörung, die auch auf die Dauer bestehen bleibt. 2 Monate nachher stellt sich Gedächtniss- und Gehörsschwäche ein; zugleich zeigt sich die Sprache gestört. Allmählich entwickelt sich Unsicherheit beim Gehen mit Neigung nach hinten zu fallen. Nach einem Jahre tritt ein apoplectischer Anfall ein mit tiefem Sopor, der auf Application einer Eisblase nachlässt, um mit deren Weglassen wieder aufzutreten; Pupillen mydriatisch, reagiren nicht auf Licht; ophthalmoskopisch Stauungspapille. Kniephänomene fehlen. Dieser soporöse Zustand hält $1^1/_2$ Monat bis zum Tode an.

Bei der Autopsie findet man einen grossen birnförmigen Tumor, dessen Basis die ganze Gegend des corpus callosum einnimmt und dessen Spitze bis zur Occipitotemporalgegend der linken Hemisphäre reicht und in den Gyr. supramarginalis und angularis mit der Pia mater fest verwachsen ist. Mikroskopisch erweist sich der Tumor als ein teleangiektatisches Gliom.

Verf. bringt die klinischen Symptome mit dem anatomischen Befunde in Einklang. Strauscheid.

192) **J. B. Whitwell** (Sheffield): Tumour of the pituitary body.
(Journal of mental science. Juli 1889.)

Eine 30jährige Frau wurde mit einem Zeugniss in die Irrenanstalt gebracht, dass sie gedrückt, ängstlich, verwirrt sei, Gesichts- und Gehörshallucinationen sowie Wahnideen habe. Sie stammte aus einer belasteten Familie, hatte unbestimmte Zeit lang Kopfschmerzen gehabt, die während der jedesmaligen Schwangerschaft (Pat. war 7 mal gravid) exacerbirten. Sie hatte alle Kinder gesäugt und das letzte vor 6 Monaten entwöhnt; die Periode war aber noch nicht zurückgekehrt. Pat. war sehr bleich, hatte belegte Zunge und wenig Appetit. In der Anstalt war sie sehr still, starrte viel vor sich hin, antwortete sehr langsam. 8 Tage nach der Aufnahme bekam Pat. plötzlich heftige Kopfschmerzen und Erbrechen. Nach einem Monate wiederholte sich dies, zugleich trat ein Krampfanfall ein, der hauptsächlich die rechte Gesichts- und Körperseite betraf; ein geringer Grad von Strabismus internus des linken Auges wurde beobachtet. Pat. lag in halb comatösem Zustand. Salivation. Das rechte Augenlid wurde träger bewegt wie das linke. Pat. kam nochmals etwas zu sich, bekam aber am anderen Tage allgemeine Convulsionen und starb bald darauf. Bei der Section fand man ein Myxosarkom der Hypophysis, welches linkerseits den Abducens umwachsen hatte wie auch die Carotis interna dieser Seite, während auf der rechten Seite beides frei war. Die Affection des Abducens hatte sich im Leben nur während der letzten Tage durch den Strabismus internus des linken Auges dokumentirt, sonst war kein Zeichen vorhanden gewesen, welches an einen Basistumor denken liess. Strauscheid.

---

193) **A. Borgherini** (Padua): Due casi di tumore della tela coroidea del quarto ventricolo. (Rivista sperimentale di freniatria e di med. leg. 1889. Bd. XV. H. 2—3.)

Verf. theilt 2 Fälle von Endoteliomen der Tela choroidea des vierten Ventrikels mit. Das eine wurde zufällig bei der Obduction eines 64jährigen Selbstmörders, der bis dahin anscheinend vollkommen gesund gewesen war, gefunden. Der Tumor nahm ungefähr die hintere Hälfte des 4. Ventrikels ein und ragte unter dem Unterarm des Kleinhirns zum Theil hervor. Er hatte die Form eines dreiseitigen Prisma's, mass 32 mm. in der Länge und 21 mm. in der Breite. Es war nur an einer ganz kleinen Stelle in Zusammenhang mit den pedunculi flocculi und den corpora restiformia, sonst überall frei; er drückte auf den calamus scriptorius. Er war offenbar ausgegangen von den plexus chorioidei. In dem Harn, den man noch nachträglich untersuchte, fand man Zucker, aber kein Eiweiss.

In dem zweiten Falle handelte es sich um ein 18jähriges kräftiges Mädchen. Vor 3 Jahren erblindete dasselbe auf dem rechten Auge; bei der Untersuchung fand man als Ursache einen Chorioidaltumor, weswegen der Bulbus enucleirt wurde. Kurze Zeit darauf erkrankt sie plötzlich an Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und allgemeiner Schwäche; bald trat Erbrechen, Sopor ein, die Pupille reagirte schlecht; beim Aufrechtstehen schwankte Pat. hin und her und zeigte die Neigung nach hinten und rechts zu fallen. So blieb der Zustand, bis Pat. nach 4 Wochen starb. Kurz vor

dem Tode trat eine Temperatursteigerung bis 42° ein. Bei der Obduction fand man den ganzen vierten Ventrikel ausgefüllt von einem taubeneigrossen Endoteliom, das Kleinhirn und medulla oblongata comprimirte, aber nirgends mit diesen im Zusammhang war. Ob es sich hier um eine Metastase des Augentumors handelt, bleibt fraglich, da letzterer nicht untersucht worden ist. Intra vitam war in diesem Falle die Diagnose Kleinhirntumor gestellt worden vorzüglich wegen des schwankenden Ganges der Pat.

Fast alle bisher beobachteten Tumoren des vierten Ventrikels waren Endoteliome. Sehr auffallend ist, wie solche Geschwülste trotz der Nachbarschaft der medulla oblongata sehr häufig fast ganz symptomenlos verlaufen können. Es bleibt daher ihre Diagnose oft unmöglich, meist unsicher.

Strauscheid.

---

194) **W. C. Cahall** (Philadelphia): A parasite of a bird's brain.
(Journal of nervous and mental disease. Juni 1889.)

Wyman fand 1867 zuerst im Gehirn des Schlangenhalses (Plotus Anhinga) eine grosse Anzahl von Fadenwürmern (Filaria) und zwar beherbergten 17 von 19 dieser Schwimmvögel solche Würmer. Verf. untersuchte den Gegenstand von neuem und fand fast bei allen diesen Vögeln regelmässig in der Mittellinie zwischen Dura und Kleinhirn ein Conglomerat von 10 und mehr männlichen und weiblichen Würmern; der Oviduct der letztern enthielt oft eine Unmenge von Eiern. Diese Vögel nun zeigen auch nicht die geringste Functionsstörung, während vergleichweise beim Schaaf und beim Menschen schon relativ kleinere Tumoren zumTode führen können.

Strauscheid.

---

195) **Ernoul** (St. Malo): Stigmates hystériques. Haemorrhagies cutanées.
(Le Progrès médical 1890 Nro. 1.)

22 jähriges Mädchen; seit zwei Jahren krank, hysterische Anfälle namentlich zur Zeit der Menstruation, Einengung des Gesichtsfeldes, Dyschromatopsie. Fast täglich Haemorrhagien der Haut. Es traten plötzlich einige Blutstropfen hervor, eine kleine Wunde bildete sich von $^1/_2$ cm. Länge, in der Mitte etwas vertieft, von ovaler Form, die häufig mehrere Male an verschiedenen Tagen blutet und erst nach 14 Tagen vernarbt. Ausserdem erscheint an verschiedenen Körperstellen plötzlich Hautröthung und Entzündung für einige Tage, dann hebt sich die Epidermiss ab, Blut tritt in kleinen Tröpfchen aus und es bildet sich eine Excoriation, die in 15—20 Tagen vernarbt, nachdem sie zwei bis dreimal in verschiedenen Zwischenräumen an einzelnen Tagen geblutet hat.

Holtermann.

---

196) **Ch. Laufenauer** (Budapest): Des contractures spontanées et provoques de la langue chez les hystéro-épileptiques. (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. 5. 1889.)

L. konnte bei zwei jungen hysterischen Mädchen durch eine schwingende Stimmgabel eine Contractur der Zunge hervorrufen, und zwar war die Spitze der Zunge immer dahin gerichtet, wohin die Stimmgabel gehalten wurde. Ebenso konnte er die verschiedensten Contracturen der Zunge durch bloses

Berühren von verschiedenen Stellen derselben mit einem Stäbchen erreichen. Beides war nicht nur in der Hypnose, sondern auch im wachen Zustande möglich. Die Wirkung der Stimmgabel ist ein centraler Reflex, der durch Erregung des Acusticus eingeleitet wird. Bei der zweiten höchst erregbaren, hyperaesthetischen Patientin verbanden sich die Zungencontracturen mit Contracturen der Gesicht-, Hals-, Rumpf- und Extremitätenmuskulatur. Die künstlich erzeugten Contracturen der Zunge unterscheiden sich in nichts von den spontanen Contracturen der Hysterischen; sie beruhen ebeso wie letztere auf der Neigung zu Contracturen, wie sie die Charcot'sche Schule bei Hysterischen kennen gelehrt hat. Die Arbeit ist reich illustrirt.

Strauscheid.

---

197) **Gilles de la Tourette** (Paris): De la superposition des troubles de la sensibilité et des spasmes de la face et du cou chez les hystériques.

(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière 34. 1889.)

Verf. zeigt an mehreren trefflichen Beispielen das häufige Vorkommen von Sensibilitätsstörungen und Spasmen an derselben Stelle des Körpers, quasi ein Uebereinanderlagern (superposition) dieser Symptome. So fand er bei einem jungen Mädchen von 17 Jahren neben linksseitiger Hemianaesthesie Blepharospasmus des linken Auges; das obere Lid war stark gegen das untere gepresst und zeigte dadurch eine deutliche Falte; manchmal beobachtet man in demselben leichte spontane Zuckungen. Oeffnet man die Lidspalte gewaltsam so findet man Anaesthesie der Conjunctiven und Cornea, complete wirkliche Amaurose des Auges. Zugleich ist Pat. aphonisch, bekommt später rechtsseitige Contracturen und Hyperalgesie. Mittelst der hypnotischen Suggestion gelingt es diese Zustände Stunden lang zu bessern, doch tritt erst nach langer Zeit nach einem heftigen Anfalle eine spontane Heilung ein.

Dass bei hysterischem Blepharospasmus zugleich Anaesthesie der Haut, der Conjunctiva und Cornea sowie Amaurosis regelmässig besteht, konnte Verf. einmal an anderen Beispielen aus der Literatur zeigen, dann aber auch quasi durch das Experiment nachweisen. Er suggerirte nämlich einer Hysterischen sie würde nach dem Erwachen ein Auge nicht mehr öffnen können, was denn nachher auch so war. Bei der Untersuchung fand man aber weiter, dass die Lider nun anaesthetisch geworden waren, ebenso Conjunctiva und Cornea und dass eine auch durch die bekannten Prismenversuche nachweisbare complete Amaurose des Auges eingetreten war. Alle diese Symptome verschwanden wieder als der Pat. suggerirt wurde, das Auge öffnen zu können.

Denselben Werth wie in diesem Falle die Anaesthesie hat, hat in anderen Fällen die Hyperaesthesie oder Hyperalgesie; man findet diese sehr häufig bei Gelenkcontracturen hysterischer Natur, wie dies ja auch in obigem Falle erwähnt ist.

In einem weiteren Falle fand Verf. doppelseitigen Blepharospasmus mit den gleichen Begleiterscheinungen wie oben. Zugleich hatte Pat. eine hysterische Coxalgie mit starker Hyperaesthesie der Hüfte (signe de Brodie), sowie andere zahlreiche hysterische Erscheinungen.

Des weiteren theilt Verf. Fälle mit, wo Spasmen der gesammten Gesichtsmuskulatur, der Zunge, des Orbicularis palpebrarum, des Subcutaneus

colli auf einer Seite entweder alle oder doch mehrere neben einander bestanden; immer fand man hierbei in gleicher Ausdehnung Anaesthesie. Interessant ist es, dass wenn die ganze Zunge an dem Spasmus Theil nahm, sie auch ganz anaesthetisch (zugleich geschmacklos) war, während die sonstige Mundschleimhaut der gesunden Seite vollkommen fühlte. Auch diese Affectionen konnte Verf. durch Suggestion hervorrufen.

Endlich erwähnt T. zwei Kranke mit typischer hysterischer Hemianaesthesie, die eine Contractur des Sternocleidomastoideus resp. Cucullaris der fühlenden Seite bekamen; dabei beobachtete man, dass genau über dem contrahirten Muskel ein anaesthetischer Streifen sich befand, während dieselbe Stelle auf der anderen anaesthetischen Körperseite mit dem Erscheinen der anderseitigen Contractur wieder normales Gefühl zeigte.

Strauscheid.

---

198) **A. Paris** (Alencon): Note sur un cas de quérison de tétanos dit spontané. (L'union médicale, 1890 Nro. 8.)

Fall von Tetanus bei einem 65 jährigen Gartenarbeiter, bei dem Chloral bis zu Dosen von 6,0 Gramm ohne Wirkung blieb, dagegen zweimalige Dosen von je 3,0 Gramm Antipyrin Schmerzen und Convulsionen prompt aufhören liessen und Heilung bewirkten.

Holtermann.

---

199) **H. Sainsbury:** A case of status convulsivous vel epilepticus. (Journal of mental science. Oktober 1889.)

Bei einem Knaben von 7 Jahren, der bis dahin im wesentlichen gesund war, traten am 17. Mai plötzlich epileptische Anfälle auf; doch erholte der Knabe sich bald wieder. Am 26. Mai Abends aber begannen abermals epileptische Anfälle, die sich bald alle 15 Minuten wiederholten und eine Temperatursteigerung auf ca. 40^0 hervorriefen. In der Zwischenzeit war Pat. comatös. Die Pupillen reagirten gut auf Licht ausser der Zeit der Anfälle, waren gleich weit. Dieser Zustand blieb bestehen bis zum 30. Mai, wo Pat. starb; die Temperatur betrug post mortem 31,2^0. Bei der Section des Gehirns fand sich nichts abnormes.

Verf. bespricht die verschiedenen Möglichkeiten eines durch Toxaemie, reflectorische Reizung, organische Gehirnaffection oder Epilepsie hervorgerufenen status convulsivus. Am wahrscheinlichsten ist wohl das letztere, wogegen auch der während des Komas erhaltene Pupillarreflex, wie andere Beispiele lehren, nicht spricht. Auffallend ist aber dann immer, dass Pat. früher selbst nicht einmal petit mal-Anfälle hatte.

Strauscheid.

---

200) **Friedrich Lorenz** (Lübeck): Ueber den status epilepticus. (Inaug-Dissert. Kiel 1890.)

Die Pièce de resistance der Dissertation sind zwei Fälle von Prof. Quincke's Klinik, die mit Tod endeten. Dazu der übliche historische Ein- und moderne literarische Ausgang. Aus einer in Tabellenform angefertigten Zusammenstellung von 80 Fällen entnehmen wir, dass 45% mit Tod, 55% mit Genesung endeten. Dazu sei erinnert, dass Wildermuth als sehr

günstig wirkendes Mittel subcutane Injection von Amylen empfiehlt. Ueber das bisher unaufgeklärte Fieber beim Status epilept. vermag Verf. auch keine Aufklärung zu bringen, er fixirt seine Ansicht in der negativ gehaltenen These: „Das Fieber beim St. epil. wird weder durch die zahlreichen Anfälle noch durch die entzündliche Complicationen von Seiten der Lunge und anderer Organen genügend erklärt". Erlenmeyer.

---

201) **R. Gucci** (Florenz): Le operazioni chirurgiche come causa di pazzia. (Rivista sperim. di freniatria e di med. legale Bd. XV. H. 1.)

Verf. bespricht in ziemlich ausführlicher Weise diejenigen Körperverletzungen, spec. auch chirurgische Operationen, welche ohne irgendwie den Schädel in Mitleidenschaft zu ziehen, dennoch zu Psychosen Veranlassung geben. Er theilt dieselben in 3 Gruppen, nämlich in solche, wobei ein Hirnnerv verletzt wird, in solche wo ausser einer Verletzung eines Spinalnervs noch eine allgemeine Erschütterung gesetzt wird und solche, wobei nur ein Spinalnerv oder ein Zweig des Sympathicus verletzt wird. Die nicht allzu zahlreichen Literaturangaben werden durch 4 eigne Beobachtungen ergänzt. Meist findet man bei den betreffenden Kranken hereditäre Belastung oder gar schon frühere psychische Störung, doch kann auch beides fehlen. Die Form der Geistesstörung ist meist die einer akuten Tobsucht, nur selten beobachtet man chronische Psychosen. Von den mit der Operation verknüpften Umständen sind für die Entstehung der Psychosen von besonderer Bedeutung das Chloroformiren, das Durchschneiden und Zerren der Nerven und die Exstirpation functionell wichtiger Organe; diese drei Punkte werden eingehender gewürdigt. Strauscheid.

---

202) **W. A. Gorton:** Mania following ether. (American Journal of Insanity XLVI. 1890. pag. 451.)

Verf. giebt Einzelheiten über zwei Fälle von geistiger Erkrankung, die er als unmittelbare Folge einer Aethernarkose zu betrachten geneigt ist. Zufälliger Weise handelte es sich beidemal um eine Zahnextraction, die den Grund zur Anaesthesirung gegeben hatte.

Ganz beweiskräftig erscheint allerdings keiner der beiden Fälle. Auch in der psychiatrischen Literatur sind nur wenige Beobachtungen mitgetheilt, die eine Narkose als aetiologisches Moment einer Geistesstörung wahrscheinlich machen müssten. Immerhin wäre es nicht unmöglich, dass unter den nicht allzu seltenen Psychosen, die auf den Einfluss chirurgischer Operationen, speziell gynaekologischer und ophthalmologischer, zurückgeführt werden, einige sein könnten, die richtiger aus der Narkose, einem eigentlich doch recht erheblichen Eingriff in die Gehirnfunktionen, abzuleiten wären. Sommer.

---

203) **M. Robertson** and **A. Elkins** (Edinburgh): Report of an epidemic of influenza, (140 cases) occurring at the royal asylum Morningside. (Edinburgh.) (British Medic. Journal. 1 Febr. 1890.)

Die Autoren haben in der 817 Kranke zählenden Anstalt im letzten December und Januar 140 Fälle von Influenza gesehen. Die häufigsten

Symptome waren Kopfschmerz und neuralgische Beschwerden; der Kopfschmerz hielt meist nur 24 Stunden an; die Schmerzen in den Extremitäten, besonders der unteren, hielten viel länger an. Catarrhe waren mässig, das Fieber setzte plötzlich ein und dauerte meist drei Tage, die Reconvalescenz war langsam, die Patienten blieben noch sehr lange schwach.

Von *cerebralen Symptomen* fiel neben Stirnkopfschmerz besonders Unlust zur Thätigkeit und Schlaflosigkeit auf; Delirien kamen viermal vor. Muskelschwäche und Muskelschmerzen traten stets intensiv auf und dauerten in der Reconvalescenz fort.

Recidive kamen in 9,2% vor; von *Complicationen* war die häufigste Pneumonie, bei 10%, Pericarditis sicca bei 3,1%.

Es starben 10%, sämmtlich Männer, sämmtlich mit Pneumonie; 6 darunter waren Paralytiker, einer ein Alcoholist, die drei übrigen über 70 Jahr alt.

Von den Angestellten erkrankten 28,4%, von den Irren 11,1% (12,5 M. 9,7 W.). Die meisten Patienten erkrankten auf der Reconvalescenten-Abtheilung, wo das „open-door system“ herrscht. Kurella.

---

204) **G. Croce:** Un caso di tic convulsivo con ecolalia, coprolalia e melolalia. (Fall von tic convulsif etc.) (Lombroso's Archiv 1890. H. 2.)

Ein 12 jähriger Knabe mit zurückfliehender Stirn, linker Plagiocephalia anterior, voluminösen Jochbogen, contrahirt von Zeit zu Zeit die mm. orbiculares palpebr., oris, die mm. levatores alae nasi und labii. super., verzieht das Gesicht zu einem sarkastischen Lächeln oder einer Heldentenor-Miene. Daneben legt er von Zeit zu Zeit mit einer rapiden Bewegung die rechte Hand mit der Ulnarseite auf die Radialseite der linken und reibt dabei die Daumen aneinander. Daneben besteht Analgesie, sensorischer Mancinismus und erhebliche psychische Anomalieen, wie Ekolalie, Odolalie (er singt beim Sprechen) Echokinesie (wiederholt die Gesten und Bewegungen seiner Umgebung), Coprolalie, wozu sich eine geringe Affectivität, Gedächtnissschwäche und moralische Stumpfheit gesellt. A. betont die Analogie der convulsiven und impulsiven Erscheinungen dieses Falls mit den daneben bestehenden degenerativen Merkmalen. S. Ottolenghi (Torino).

---

205) **M. D. Owen Copp:** Sulfonal as hypnotic. (American Journal of Insanity XLVI. 1890. pag. 499.)

Bei 95 Einzelgaben von Sulfonal, deren Höhe zwischen 15 und 45 Gran, d. h. 0,9 und 2,79 schwankte, hat Verf. in 36% einen 6—9 stündigen Schlaf erzielt, während in 27% die Dauer des Schlafes nur 4—5, bei 32% nur 1—$3^1/_2$ Stunde betrug und während in 5% gar kein Schlaf eintrat. Bei agitirten Patienten, waren die Resultate erheblich ungünstiger, als bei verhältnissmässig ruhigen Irren mit einfacher Schlaflosigkeit; die Dauer bis zum Eintritt des Schlafes betrug $^1/_2$ - 2 Stunden. Bei $^2/_3$ der Patienten wurde eine cumulative Wirkung des Sulfonals beobachtet.

Um die Nebenwirkungen des Sulfonals zu erproben, werden an 6 Beamten der Irrenanstalt zu *Taunton, Mass.* Controllversuche angestellt. Bei diesen Personen — das Mittel wurde gewöhnlich um 2 Uhr Nachmittags oder

7 Uhr Abends gegeben — trat nach $^3/_4$—1 Stunde eine gewisse Müdigkeit ein, die aber nur bei 4 Individuen einen höheren Grad erreichte, und die recht häufig von unangenehmen Nebenerscheinungen (Schwindel, Kopfschmerz, Brechneigung, geistiger Erregung oder Verwirrtheit, sowie von motorischen Störungen) begleitet und meistens auch gefolgt war. Viermal konnte wie auch sonst, eine cumulative Wirkung constatirt werden; dagegen war keinmal eine deutliche Beeinflussung des Pulses, der Respiration, der Temperatur, der Verdauung etc. zu beobachten.

Immerhin erklärt Verf. das Sulfonal für ein brauchbares Hypnoticum bei ruhigen und leicht erregten schlaflosen Personen. Als anfängliche Dosis seien 10 Gran bei Frauen und 15 Gran bei Männern zu versuchen. Ueber 20 resp. 30 Gran = 1,2 resp. 1,8, 9, sollte überhaupt nicht gegangen werden.

Sommer.

---

206) **William Mabon**: Chloralamid as a hypnotic for the insane.
(American Journal of Insanity XLVI. 1890. pag. 492.)

Verf. hat bei 20 Irren Chloralamid in Dosen von 20—60 Gran d. h. 1,2—3,6 g. gegen Schlaflosigkeit angewendet und zwar in 130 Einzelverordnungen.

Die zahlenmässigen Resultate sind in folgender Weise zusammenzufassen:

20	Gran	wurden	2	mal	gegeben	und	bewirkten	$3^3/_4$	Stunden Schlaf.
30	—	—	51	—	—	—	—	5	— —
45	—	—	74	—	—	—	—	$4^2/_5$	— —
60	—	—	3	—	—	—	—	$3^5/_6$	— —

Die Zeit bis zum Eintritt des Schlafes schwankte zwischen 15 Minuten und 5 Stunden; unangenehme Nebenwirkungen wurden nur ausnahmsweise beobachtet, nämlich je einmal Brechneigung, Erbrechen, Schwindel und Benommenheit. Der Schlaf selbst war fast immer nur oberflächlich und unruhig. Verf. glaubt daher, Sulfonal und Chloral als bessere Hypnotica betrachten zu müssen.

Sommer.

---

207) **R. Roscioli**: L'antipirina nelle alienazioni mentali.
(Il manicomio moderno. 1889. H. 3.)

Verf. versuchte bei 14 Geisteskranken den Einfluss von Antipyrin auf den Verlauf der Psychosen; er gab durchschnittlich 4 gr. pro die und stieg ohne Schaden anzurichten bis zu 7 gr.

Irgendwelchen Einfluss hat er bei keiner Psychose mit Ausnahme der Epilepsie beobachtet; bei letzterer liesen die Anfälle nach oder verschwanden völlig, wie auch die begleitenden psychischen Störungen verschwanden. Uebrigens trat beim Aussetzen der Medikation rasch wieder der frühere Zustand ein.

Strauscheid.

---

208) **Statistische Mittheilungen betreffend den Kanton Zürich. Die Ergebnisse der Irrenzählung vom 1. Dec. 1888.** (Zürich. Orell Füssli u. Co. 1890.)

Das statistische Büreau des Kanton Zürich veröffentlicht jetzt die Ergebnisse einer Irrenzählung, die mit wohl noch nie und nirgends erreichter Genauigkeit durchgeführt wurde zugleich mit der allgemeinen Volkszählung am 1. Dec. 1888. Dabei ergaben sich für den Kanton Zürich 3361 Geisteskranke d. i. 1 Geisteskranker auf 103 geistig Gesunde, ein Resultat, welches sich bei gleich genauer Zählung wohl auch in den meisten andern gewerbreichen Staaten finden würde. Das weibliche Geschlecht war dabei mit 52,7% vertreten. 79,3% waren unverheirathet. 30,8% waren begütert, 69,2% unbemittelt, doch wurden von letzteren nur 35,4% auf Gemeindekosten verpflegt.

In der eignen Familie verpflegt wurden 41,4%; in einer fremden 13,8%, davon 2% gratis, die übrigen 11,8% gegen Entschädigung. 11,3% waren in Privatanstalten, 31,1% in öffentlichen Anstalten, 2,4% in Armenhäusern.

28,9% waren arbeitsfähig, und beschäftigten sich theils mit landwirthschaftlichen, theils mit industriellen, theils mit Hausarbeiten.

Was die Krankheitsform angeht, so litten 16,5% an Idiotie oder Cretinismus, 32,4% an angeborenem Schwachsinne. 6% litten an einfacher heilbarer, 32,6% an einfacher unheilbarer Geisteskrankheit. 3,9% waren geistetkrank mit Lähmung, 2,0% alkoholisch geisteskrank, 6,1% geisteskrank mit Epilepsie. Bei den letztgenannten 5 Kategorien differiren natürlich die Zahlen für Männer und Frauen aus bekannten Gründen ziemlich beträchtlich, sie sind für Männer 3,4; 27,4; 5,3; 3,8; 6,8% — für Frauen 8,3; 37,2; 2,6; 0,5; 5,6%.

Die sonstigen zahlreichen sehr interessanten Angaben der Statistik hier zu erwähnen, würde zu weit führen; sie müssen im Original nachgelesen werden. Strauscheid.

---

209) **August Cramer**: Die Hallucinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken und ihre klinische Bedeutung. Ein Beitrag zur Kenntniss der Paranoia. (1889 Akadem. Verlagsbuchhandlung v. J. C. B. Mohr. 130 pag. 3,60 Rmk.)

Das vorliegende Buch ist schon darum werthvoll, und mit Freude zu begrüssen, weil die darin enthaltenen Darlegungen, sowohl die theoretischen wie die klinischen, durchweg *wirklich medicinische* sind, eine Anerkennung, welche leider keineswegs allen psychiatrischen Arbeiten gezollt werden kann. Zudem macht die klare zielbewusste Gedankenentwicklung die Lektüre des Buches zu einer anziehenden, und es wird gewiss Jeder, (auch wer, wie Referent mit manchen Ausführungen nicht übereinzustimmen vermag) nachhaltige Anregung aus demselben schöpfen. Das Referat vermag das Studium des Originals nicht zu ersetzen!

Verf. knüpft an die Meynert'sche Lehre von der Entwicklung der Bewegungsvorstellungen an, welche durch die individuelle Erfahrung allmählich gewonnen werden. Die ersten kindlichen Bewegungen sind reflektorische. Indem sie sich vollziehen, werden bestimmte Empfindungen hervorgerufen und diese bleiben — als sogenannte Erinnerungsbilder — im Bewusstsein deponirt und sind reproducirbar. Hierbei kann ganz davon ab-

gesehen werden, welcher Antheil der Empfindungen von den Muskeln direkt ausgeht und welcher von der Haut und den übrigen passiv in ihrer Lagerung, Spannung etc. beeinflussten Organen seinen Ausgangspunkt nimmt. Der Kürze halber kann man alle diese zu der specifischen Bewegungsvorstellung beitragenden Einzelempfindungen als Leistungen einer einzigen Sinnesbahn, der Bahn des Muskelsinns ansehen.

Unter einer Hallucination ist der Vorgang zu verstehen, dass das Bewusstsein Bericht von einer Sinnesempfindung bekommt, zu deren Entstehung kein Reiz aus der Aussenwelt Veranlassung gab.

Wenn also die spezifische Energie des Muskelsinnapparates darin besteht, dass der Hirnrinde die stattfindenden Bewegungen getreu signalisirt werden, so muss eine hallucinatorische Erregung dieses Apparates die Folge haben, „dass Bewegungsempfindungen nach der Hirnrinde transportirt werden, welche einem wirklichen Vorgang in der Muskulatur nicht entsprechen, oder dass das Bewusstsein über eine in Wirklichkeit nicht ausgeführte Bewegung Nachricht bekommt".

Aus praktischen Gründen und wegen der relativen physiologischen Selbstständigkeit dieser drei Gruppen rubricirt Verf. die Muskelsinnhallucinationen 1) in solche in der Muskelgruppe des lokomotorischen Apparates (Rumpf- und Extremitätenmuskeln) 2) in der Muskelgruppe des Sprachapparates und 3) in der Muskelgruppe der Augenmuskeln.

Die Hallucinationen in der Sinnesbahn des lokomotor. Apparates können, je nach dem speciellen Orte der Einwirkung und je nach der Intensität des patholog. Reizes zu Zwangsbewegungen, Zwangsstellungen und Zwangshandlungen führen. Verf. erwähnt hierbei (und kommt im klinisch-kasuistischen Theile seiner Arbeit hierauf zurück), dass Kahlbaum in seiner Abhandlung über die Katatonie hierhergehörige Krankheitszustände schildere. Ref. hat in einem in der Sitzung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte zu Leubus am 15. 6. d. J. gehaltenen Vortrage, welcher in der Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie publicirt werden wird, nachzuweisen versucht, dass die vom Verf. skizzirten Zustände sich differentiell-diagnostisch von den eigentlich „katatonischen" abtrennen lassen.

Die Hallucinationen im Augenmuskelapparat spielen keine grosse Rolle in der Pathologie; die Erscheinungen der Makropsie und Mikropsie könnten vielleicht hierher gehören.

Am wichtigsten sind die Hallucinationen *im Muskelsinn des Sprachapparates*. Hier muss auf das Original verwiesen werden! Es kann hier nur kurz angeführt werden, dass nach den Anschauungen des Verf. hauptsächlich dreierlei klinisch wohl bekannte Phänomene auf dieser Art von Hallucinationen beruhen:

1. Das sogenannte „Gedankenlautwerden".

Mit diesem sehr glücklich gewählten Terminus fasst Verf. jene abnormen Vorgänge zusammen, welche darin bestehen, dass die Kranken den Eindruck haben, „als ob alles, was sie dächten, von einer inneren Stimme mitgesprochen werde". Die verschiedenartige Localisation und Färbung dieser krankhaften Wahrnehmungen beruht nach dem Verf. auf associativen Verknüpfungen zwischen den verschiedenen Sinnesgebieten. Die besonderen Modifikationen dieses Phänomens beim Lesen und Schreiben der Kranken sind eingehend

berücksichtigt. (Bei der Vollständigkeit der anderweitigen Literaturangaben vermisst Ref. hier die Bezugnahme auf die Arbeiten von Neumann, Huppert, Salomon u. A.)

2. Die Zwangsvorstellung.

Dieselbe soll entstehen, wenn „nur ein bestimmter Theil der Breite der centripetalen Bahn, welche die Muskelgefühle des Sprachapparates nach der Rinde bringt, hallucinatorisch erregt wird". „Es wird die Folge der hallucinatorischen Erregung eines bestimmten Theils dieser Muskelsinnbahn sein, dass sich immer ein bestimmtes Wort oder ein bestimmter Satz oder kurz ein bestimmter Gedanke mit unwiderstehlicher Macht dem Bewusstsein aufdrängt, je nach dem Theile der centripetalen Bahn, welche durch den krankhaften Reiz erregt ist."

[Es ist sehr schwer im Einzelfalle die Frage zu entscheiden, ob die hierbei ursprünglich wirksame Erregung eine sensorische oder motorische ist. Gehen wir von einem einfacheren Falle aus: Wenn uns z. B. eine Melodie zwangsmässig verfolgt, so müssten wir sie unter Zugrundelegung der Cramer'schen Anschauungen in unserer natürlichen Stimmlage hören, ein Bassist also stets im Basston, eine Sopranistin wieder stets im Sopran. Ref. hört dagegen in der Regel die Melodien und bei Liedern die zugehörigen Texte in der Tonhöhe und Klangfarbe, wie sie der acusticus aufgenommen hatte. Ref.]

3. Die verschiedenen Formen des Zwangsredens.

Bei einer gewissen Stärke der Erregung der Sinnesbahn im Sprachapparat wird dieselbe unverzüglich den entsprechenden motorischen Impuls auslösen, d. h. es tritt lautes zwangsmässiges Sprechen ein. Der Ablauf dieses Vorganges wird noch dadurch erleichtert, dass nach Verf. bei allen in Frage kommenden Zuständen eine mehr minder grosse Einengung des Bewusstseins besteht. — Die *Verbigeration* sei eine Art dieses Zwangredens.

An der Hand von 30 ausführlich mitgetheilten Krankengeschichten illustrirt der Verf. die mannigfaltigen Modificationen in der äusseren Erscheinungsweise der besprochenen Symptome und legt die klinische Bedeutung derselben näher dar. Wie schon der Titel des Buches besagt, zählt der Verf. die einschlägigen Fälle zu der grossen Krankheitsgruppe der Paranoia. „Wir haben in diesen Symptomen nur eine Abnormität in der Vorstellungsbildung und damit wieder das Grundsymptom der Paranoia vor uns und sind also demnach nicht berechtigt, ein Krankheitsbild, dessen Hauptsymptome sich auf diesen Vorgang zurückführen lassen, als eine eigenartige Krankheitsform von der Paranoia abzusondern". (Mit dem letzten Theile dieses Satzes polemisirt Verf. gegen den Versuch Kahlbaum's, eine besondere Krankheitsform als Katatonie herauszulösen.) Doch besteht nach dem Verf. zwischen seinen Fällen und den chronisch Verrückten der Hauptunterschied, dass bei jenen Kranken „der abnorme Vorgang in der Vorstellungsbildung hauptsächlich bei Bildung von Sprach- und Bewegungsvorstellungen in Betracht kommt, während beim chronisch Verrückten die Abnormitäten in der Vorstellungsbildung hauptsächlich diejenigen Vorstellungsgebiete betreffen, welche sich aus Gesicht, Gehör, Geschmack und Geruch etc. rekrutiren".

Dieser Unterschied ist kein belangloser, vielmehr soll hierdurch die von der chronischen Verrücktheit abweichende Verlaufsweise der einschlägigen Fälle ihre Begründung finden. Der Verf. behauptet nämlich auf Grund seines Materials, dass die Kranken mit vorwiegenden Muskelsinnhallucinationen namentlich im Sprachapparat *nie* in ein sogenanntes chronisches Stadium mit erhaltener Intelligenz übergehen, sondern *man finde fast ausnahmslos einen Ausgang in Genesung oder in geistige Schwäche nach relativ raschem Verlauf.* „Die Krankheit spielt sich dabei innerhalb weniger Monate oder höchstens in einem Zeitraume von 1 bis 3 Jahren ab".

Verf. erklärt die schnelle Verblödung seiner Patienten, welche im Gegensatze zu dem Verlaufe der chronischen Verrücktheit stehe, damit, dass durch die abnormen Vorgänge, welche sich bei Bildung von Sprachvorstellungen aufdrängen, gerade das Denken selbst in hohem Maasse beeinflusst ist, während chronisch Verrückte, bei welchen das ganze Gebiet der Sprach- und Bewegungsvorstellungen meist intakt ist, damit wie Gesunde operiren, d. h. nach dieser Richtung formal ungestört denken können.

Schliesslich fasst Cramer die klinischen Resultate seiner Arbeit in folgende Thesen zusammen:

1. Die Symptome, welche sich nach unseren theoretischen Betrachtungen auf eine Hallucination im Muskelsinn zurückführen lassen, haben das Gemeinsame, dass sie hauptsächlich bei akutem oder subakutem Verlauf der Paranoia dauernd in den Vordergrund der Symptome treten.

2. Unter diesen Symptomen sind es das Gedankenlautwerden und das Zwangsreden, welche bei länger dauerndem Bestehen eine deletäre Wirkung entfalten können.

3. Es giebt paranoische Kranke, bei welchen ganz isolirt das Gedankenlautwerden das Krankheitsbild beherrscht.

4. Es gibt paranoische Kranke, bei welchen Zwangsvorstellungen, Gedankenlautwerden und Zwangsreden in stetem Wechsel isolirt im Vordergrund der Erscheinungen stehen.

5. In der Form der Paranoia, bei welcher hauptsächlich die sogen. katatonischen Erscheinungen in's Auge fallen, scheint das Gedankenlautwerden stets vorhanden zu sein und einen nicht geringen Antheil an dem öfters ungünstigen Ausgang der Krankheit zu haben.

Clemens Neisser (Leubus).

---

210) **W. Bevan Lewis** (Medical Director, West Riding Asylum, Wakefield): A Text-Book of Mental Diseases, with a special reference to the Pathological aspects of Insanity. (London, Ch. Griffin. 4 Co. 1890.)

Da es unmöglich ist, einem auf eingehenden Studien und Beobachtungen beruhenden Werke in einem kurzen Artikel gerecht zu werden, so will ich nur einen einfachen Bericht geben um dem Leser eine Idee von dem Character dieses Buches zu geben. Der Verfasser bemerkt in der Vorrede, dass, seiner Meinung nach, der klinischen Seite des Irreseins eine unverhältnissmässig grosse Aufmerksamkeit geschenkt worden ist. Das hat ihn zur Herausgabe seines Buchs veranlasst. Das Werk zerfällt in drei Theile.

Der erste Theil behandelt die Anatomie und Histologie von Gehirn, Pons und Medulla oblongata; hier zeigt sich schon die grosse praktische Erfahrung des Verfassers auf allen behandelten Gebieten. Wir haben es hier nicht mit blossem Buchwissen zu thun, mit dem sich die Irrenärzte nur zu oft zufrieden geben. Ganz besonders sind es die Kapitel über den Cortex cerebri die von eingehender persönlicher Forschung Zeugniss ablegen. Wir haben es hier mit den Resultaten originaler Untersuchungen zu thun. Man kann wohl mit Recht behaupten, dass die Originalität dieser Arbeit zum grossen Theil auf dem Studium von Schnitten gefrorner und, nach des Autors Angabe, mit Anilin gefärbter Gehirnsubstanz beruht. (Aether-Mikrotom.) Und um diese Resultate gebührend schätzen zu können, muss man mit der Gefrier-Methode vertraut sein, da sie einem sonst schwer controllirbar erscheinen. Die histologischen Elemente der Cortex werden seriatim betrachtet. Während andere namhafte Autoren wegen des verderblichen Einflusses erhärtender Reagentien nur drei Arten von Zellen constatirt haben, werden von dem Verfasser sechs derselben aufgezählt und beschrieben. Das lymphatische System des Gehirns findet sorgfältige Beachtung; der Autor giebt, indem er sich auf Obersteiner's Werk bezieht, die Resultate seiner eignen Forschungen an und verweilt hauptsächlich bei seinen Ermittelungen über die Natur der sogenannten Deiters'schen Zellen. Diese hält er für die distalen Organe des lymphatischen Systems und schreibt ihnen eine wichtige Funktion als „Reiniger" („scavenger") des Gehirns zu. Darauf folgt ein Kapitel über „corticale Lamination", für die er im Gehirn kleinerer Säugethiere 8 Typen aufstellt, während Meynert deren nur 5 anführt. Gegen die Berücksichtigung comparativer Histologie werden viele Einwände erhoben werden; indessen muss man bedenken, dass Structuren, welche im menschlichen Gehirn schwierig zu untersuchen sind, sich an niederen Säugethieren, wegen ihrer relativen Einfachheit mit verhältnissmässiger Gründlichkeit und Leichtigkeit beobachten lassen. Ausserdem haben diese Untersuchungen den Autor befähigt, das Meynert'sche Argument in Bezug auf die motorischen Zellen von Betz zu widerlegen, indem sie zeigen, dass das grosse Volumen dieser Elemente nicht, wie Meynert annahm, auf ihrer tief in der Rinde eingebetteten Lage beruht, indem sich in den höheren Schichten des Nagethiergehirns bedeutend grössere Zellen befinden. Hiermit fällt ein ernster Einwand gegen die Betz'sche Anschauung. Die Beschreibung der Lamination der motorischen Rindensphäre beim Menschen und die Lage der motorischen Zellengruppen bezeugt auf's Deutlichste die Originalität der Untersuchung. Dasselbe tritt uns entgegen, wenn wir die Anschauungen des Verfassers betreffend die Degeneration des Zellkerns und ihrer Resultate kennen lernen.

In dem klinischen Abschnitt (Pt. II), welchen wir nur ganz kurz besprechen können, tritt uns wieder eine Fülle persönlicher Beobachtungen entgegen, sowohl in den statistischen Tabellen und denjenigen welche die Reactionszeit in verschiedenen Krankheitsformen betreffen, als auch in den Berichten über den Zustand des Blutes (Haemoglobin - Bestimmungen) und über typische Krankheitsfälle. Das Kapitel über Stupor ist nicht befriedigend, jedoch ist die Schwierigkeit dieses Gegenstandes bekannt. Auch die tabellarische Gegenüberstellung der Symptomatologie von Stupor und Hypnotismus wird manche Bedenken erregen. Bei der Beschreibung von Geis-

teskrankheit nach Lactation wird auf das Vorherrschen von Manie besonderes Gewicht gelegt, worin der Verfasser von der gewöhnlichen Anschauung abweicht. Bezüglich der Entstehung der Monomanie weichen wir von der Ansicht des Verfassers ab, da er dieselbe als secundäres Phänomen nach Manie und Melancholie darstellt, und behauptet, dass sie nie als primäre Krankheitsform auftreten kann. Dieser Abschnitt ist in vieler Beziehung sowohl theoretischer als practischer reich und fein durchgearbeitet. Wir halten ihn jedoch mehr für solche geeignet die schon im Studium vorgeschritten sind, als für Anfänger, welche einfache Darstellung der Krankheitstypen verlangen.

Schliesslich bemerken wir noch den pathologisch - anatomischen Theil (III) worin sich statistische Berichte aus dem West Riding Asylum finden. Ausser diesen giebt der Verfasser die Resultate seiner eignen Untersuchungen an. Miliar-Sclerose und Colloid - Degeneration sind eingehend behandelt. An Schnitten frischer Gehirnen fand der Autor die Miliar-Körper, welche desshalb nicht gänzlich auf die erhärtenden Reagentien zurückgeführt werden können. Weiterhin wird das System der „lymphatisch-connectiven Elemente" (Deiters'sche Zellen) behandelt, worin der Autor seine Anschauungen über die Rolle die sie im gesunden und kranken Gehirn spielen, darlegt; im ersteren Fall dienen sie als „Reiniger" (scavenger), in letzterem ernähren, vergrössern und vervielfältigen sie sich auf Kosten des nervösen Gewebes. Die Pathologie der allgemeinen Paralyse ist im einzelnen behandelt und ebenso die Verrichtungen, welche der „Reinigungszelle" bei dieser Krankheit obliegt. Darauf folgt die Pathologie der Epilepsie in einem höchst originellen Kapitel. Lewis beschreibt den krankhaften Zustand der Zellen in der zweiten Rindenschicht: Ihre Kerne sind vacuolisirt. Die Bedeutung dieser Veränderung ist einleuchtend, wenn man annimmt, dass diese Zellen tiefer liegende Elemente hemmen. Den Schluss des Buches bilden höchst werthvolle Beobachtungen über die Pathologie des chronischen Alkoholismus. Die Behauptung, dass „Alkoholismus in seinem somatischem Einfluss vasculare Parese" des Gehirns und anderwärts im Gefolge hat, zugleich mit Hypertrophie des Muscularis, ist anzufechten; Johnson's Ansicht über den entsprechenden Zustand bei Morbus Brightii, der sich L. anschliesst, wird nicht allgemein angenommen.

Das Werk ist mit ausgezeichneten Illustrationen versehen und bildet unserer Meinung nach einen höchst wichtigen Beitrag zur heutigen medicinischen Literatur. E. Goodall.

---

211) P. Moreau: Der Irrsinn im Kindesalter. Deutsch von Dr. D. Galatti. (8° Stuttgart. F. Enke. 1889.)

Ohne Zweifel ist eine Uebersetzung der oben genannten Arbeit des gefeierten französischen Autors sehr willkommen, um dem deutschen Publikum die in mancher Hinsicht eigenartige Auffassungsweise des Autors leichter und allgemeiner verständlich zu machen. Der Grundsatz des Verf. „Die Beobachtung ist das beste Kriterium einer Theorie", ist im ganzen Werke durchgeführt, wobei jedoch auch mit der Wahrheit gerechnet wird, dass es unklug wäre, aus einigen besondern Fällen auf eine allgemeine Regel schliessen zu wollen. Der Werth dieses Werkes wird noch erhöht durch die

beigefügte reiche und interessante Casuistik, die jedoch nicht immer der vom Verf. ausgesprochenen Absicht entspricht „die Thatsachen sprechen zu lassen", weil diese „eine grössere Geltung haben, als eine lange, gelehrte Abhandlung." Man vergleiche z. B. den auf Seite 46 mitgetheilten Fall. In der Einleitung kommt der Verf. zu dem Schluss, dass es, wenigstens praktisch, sehr schwierig ist, das Alter der Geschlechtsreife genau festzusetzen, und dass jede absolute Aufstellung, bezüglich der Altersstufe, auf welcher beim Kinde sich die Zurechnungsfähigkeit entwickelt, nur ungenau sein kann. Beide stehen unter dem Einflusse vieler Factoren und entziehen sich einer zu scharfen Abgrenzung. Im ersten Theil gibt der Verf. eine Uebersicht über die Aetiologie, worin er nachweist, dass wir noch auf vielen Punkten weit davon entfernt sind, die Wahrheit an den Tag bringen zu können. Viele Gegenstände sind mit offenbarer Vorliebe behandelt, und ganz besonders lesenswerth, z. B. über Phtisis und Intoxicationen, wobei der Verf. aus Beispielen zeigt, wie gefährlich und verhängnissvoll die Wirkung der, einfach durch die Athmungswege aufgenommenen Substanzen werden kann. Zuerst skizzirt der Verf. in grossen Zügen die physiologische Psyche des Kindes, welche wir die normale nennen werden, ungetrübt von jedweder krankhaften Belastung. Mit Recht sagt er: In der Kindheit nehmen jene Vorurtheile und Irrthümer ihren Ursprung, die man später fast nie mehr auszurotten im Stande ist. In ihr legen Unglaube oder Aberglaube sozusagen den ersten Keim. Bezüglich der Masturbation erklärt er, dass fast bei allen Masturbanten der Character frühzeitig aufhört mit dem Alter im Einklang zu stehen, und dass man oft bis zur Wiege, resp. zu der Amme oder dem Kindermädchen zurückgreifen muss, um den Anlass zur Masturbation ausfindig zu machen, die er als die unheilvollste Complication von prognostischem Gesichtspunkt aus betrachtet. Mit Hinblick auf den Einfluss der Chlorose als ursächliches Moment weist der Verf. auf die oft so glänzenden Resultate einer tonisirenden Behandlung. Die Ideen des Verf. über die bedeutungsvolle Frage der Heredität sind sehr lesenswerth. Unter ihrem Einflusse erlangen die Geistes- und Gemüthsfähigkeiten des Kindes eine geradezu abnorme Entwicklung. Eine bedeutende Rolle kommt vor allem der Entartung zu, diesem Ergebniss eines krankhaften Einflusses, sei er physischer oder psychischer Natur. Die Quelle der Entartung ist ebenso in den der Geburt präexistirenden organischen Zuständen zu suchen, die mit dem Embryonalleben zusammenfallen oder später hinzugetreten sind. Unter den verschiedenen, zahlreichen Entstehungsursachen der Entartung ist vielleicht keine so wirksam wie die, gleich Nervengiften wirkenden schädlichen Angewohnheiten (Alcoholismus, Opiophagie u. s. w.). Die Feststellung der Entartung bei den Vorfahren des Kranken hat eine besondere Bedeutung vom prognostischen Standpunkte aus. Denn eine Form der Krankheit die unter allen andern Umständen heilbar gewesen wäre, kann bei einem Degenerirten eine ungünstige Voraussage zulassen. Das Menschenleben setzt sich aus mehreren Perioden zusammen, deren jede durch das Vorherrschen gewisser Funktionen gekennzeichnet ist. Es ist daher natürlich, dass Kraft des Erblichkeitsgesetzes die meisten Krankheiten, zu denen wir prädestinirt sind, um sich zu entwickeln, grade diesen Zeitpunkt der Evolution unserm Organismus abwarten und dass fast immer zur Zeit der grössten Kraftentfaltung unserer Functionen diese Krankheitssymptome bei der geringsten

Veranlassung auftreten. In soweit nimmt in der Aetiologie die Zeit der Geschlechtsreife eine hervorragende Stelle ein, vor allem wenn das Kind ein zartes, gleichsam im Treibhause erzogenes Wesen ist. In diesem, vor allem für das Mädchen gefahrvollen physiologischen Wendepunkt des Lebens ist also Vorsicht dringend geboten. Moreau theilt die Ansicht von Esquirol, dass die verschiedenen Formen der Geistesstörung sich gewöhnlich zur Zeit der geschlechtlichen Reife entwickeln. Bei Mädchen herrschen nach M. die melancholischen Formen vor, bei Knaben die maniakalischen. Um der Wirkung der verschiedenartigen Ursachen näher nachzugehen, muss man mit den Anlagen, mit den angeborenen, intellectuellen, moralischen und affectiven Fähigkeiten rechnen; die Organisation ist alles. Alle bei Erwachsenen beobachteten Irrsinnsformen finden sich auch beim Kinde, bieten dieselben allgemeinen Kennzeichen, behalten jedoch das besondere infantile Gepräge bei. Im ersten Stadium der Kindheit, das man allgemein übereinstimmend mit dem siebenten Jahre abschliesst, ist der eigentliche Irrsinn verhältnissmässig selten, und zeigt sich da nur unter der Form einer maniakalischen Exitation oder eines in Folge von Fieber häufig auftretenden Delirium. Dagegen sind diese Kinder vorherrschend convulsivischen Zuständen und Hemmungsvorgängen in der Sphäre ihrer Intelligenz ausgesetzt, sieht man Stillstand der Entwicklung unter der Form von Idiotie und Schwachsinn auftreten. Während der zweiten Periode der Kindheit tritt maniakalische Excitation oder auch im Gegentheile Depression, die oft echte Lypemanie erzeugt, auf. Bei manchen kommt es frühzeitig zu perversem moralischem Empfinden. Zu Ende dieser zweiten Periode, beim Herannahen der Geschlechtsreife, pflegen sich hysterische Erscheinungen zu manifestiren. Zu dieser Zeit wird das mit einem hereditären Uebel belastete Mädchen entweder dem Idiotismus, der Imbecillität, dem Cretinismus, der Demenz ausgesetzt, oder aber es wird zu tollen Streichen hinneigen, zu der so zahlreichen Klasse jener wirklich neuropathisch belasteten Individuen gehören, die an der Grenze des Irrsinns, einen fortwährenden Gegenstand der Psychopathologie bilden, und die als bizarre, excentrische, bald selbst als geniale Wesen sich darstellen. Der Process der Geschlechtsreife ruft Zufälle hervor, welche sich in allen möglichen Abstufungen den Neurosen äussern und von Krämpfen und Convulsionen bis zum Delirium und Stupor sich steigern können. Von der Exaltation bis zur Perversität der Handlungen ist nur ein Schritt. Im Pubertätsstadium ist die Manie häufiger als die Melancholie, die religiöse und die erotische Form sind die zwei gewöhnlichsten Aeusserungen der letzteren. Dysmenorrhoe führt manchmal Chorea, Hysterie, Epilepsie, Katalepsie und andere Neurosen herbei. In dieser Periode können im Allgemeinen einfache convulsivische oder mit Delirien verbundene Neurosen auftreten.

Im dritten Theil bemerkt M., dass bei Mädchen der Einfluss der Menstruation auf die Entwickelung der Hysterie gering, wenn nicht gleich Null ist.

Im zweiten Theil behandelt der Verf. die einzelnen Krankheitsformen und geht hierbei nach einem Schema, dessen Wiedergabe füglich unterbleiben kann, weil es, wie M. selbst sagt, auf den Namen einer Classification keinen Anspruch machen kann. Auch dies Capitel umfasst einen reichen Schatz von Erfahrung und treffenden Bemerkungen. Sehr lesenswerth ist das

Capitel über den Einfluss der Nachahmung, dessen unheilvolle Wirkung auf Kinder treffend geschildert wird. Den physischen wie den psychischen Antecedentien des Kindes, den ererbten Anlagen, der Erziehung, der gesellschaftlichen Stellung u. s. w. muss man die grösste Aufmerksamkeit schenken. Zu bedauern ist es, dass die psychischen Kennzeichen nicht immer in den Vordergrund gerückt sind; dadurch drängt sich dem Leser öfters die Frage auf, ob die gestellte Diagnose auch die richtige ist. Erst gegen Ende, z. B. im Kapitel über die Manie gibt der Verf. in Kürze ein richtiges Bild in dem oben angegebenen Sinn des Worts. Offenbar wird der Verf. selbst hierdurch auf Irrwege geleitet, und z. B. dazu gebracht, Manie zu identificiren mit Tobsucht, der Zustandsform des Tobens, das als Symptomcomplex im Verlauf der meisten Psychosen vorkommen kann. Die Ueberzeugung des Verfassers: die Diagnose der Manie wäre für gewöhnlich leicht zu stellen und drängt sich nahezu von selbst auf, kann der Referent nicht ganz unterschreiben. Die mitgetheilten Fälle von extatischer Manie beweisen das noch näher. Dasselbe gilt von dem Entwicklungsgang der Psychosen. Wie sehr es auch aus vielen Stellen scheint, dass der Verfasser fortwährend seine Aufmerksamkeit auf diesen Gegenstand gerichtet hält, so wird die Sache doch nicht immer ins rechte Licht gerückt. So erklärt er ausdrücklich, dass Wahnsinn-folie systematisée, und Verfolgungswahn ungemein selten, resp. selten im jugendlichen Alter vorkommen, und fügt zu diesen Worten erst im dritten Theil hinzu, dass die Irrenhauscandidaten seit ihren frühsten Jahren ein besonderes Gepräge an sich tragen, das dem geübten Auge keinesfalls entgeht, — eine Regel, die ebenso auf die, am Verfolgungswahn leidenden, sowie auf alle anderen Arten von Irresein seine Anwendung hat. Wenn ein vererbter Krankheitskeim von gewisser Intensität vorhanden wäre, könne nichts dessen Entfaltung verhindern. — Ebenso wie in diesem Punkte, fällt auch auf manche andre erst viel später ein helleres richtigeres Licht. In diesem Sinne muss offenbar die Aeusserung aufgefasst werden, dass vollständige Pyromanie diejenige Form wäre, wo das Moment des instinctiven unwiderstehlichen Dranges, Feuer zu legen, das alleinig massgebende ist. Sicher kann der Verfasser nicht im Ernst meinen, dass in seinem classischen Fall des Gymnasiasten der Patient durch die fortwährende Wiederholung der Zahl 13 geisteskrank geworden ist, wiewohl er das ausdrücklich erklärt. Mit vollem Recht erklärt der Verfasser, dass es in vielen Fällen dem Arzte grosse Schwierigkeiten bereitet, die Diagnose des Schwachsinns richtig zu stellen, doch der Fall, der zur näheren Erläuterung hiervon dienen soll, entspricht diesem Zwecke nicht, er gehört doch zu dem Stupor der Melancholia attonita und bildet durchaus nicht das Vorspiel eines späteren deutlichen Schwachsinns „wozu er sich nur zu organisiren braucht,“ wie der Verf. sich ausdrückt. Wünschenswerth wäre es gewesen, wenn der Verf. den genesenen Fall von circulärem Irresein (folie a double-forme) in extenso mitgetheilt hätte, weil ein derartiger gut constatirter Fall gewiss zu den grossen Seltenheiten gehört.

Die Convulsionen theilt der Verf. in intermittirende und continuirliche, je nachdem es Anfälle von kurzer Dauer sind, die sich in gewissen Zwischenräumen wiederholen, oder die Convulsionen sich aus einer Reihe von Anfällen ohne freie Intervalle zusammensetzen, in initiale und terminale, je

nachdem dieselben im Anfange, während des Verlaufs oder zu Ende der Krankheit auftreten, ein Kennzeichen von belangreicher prognostischer Bedeutung. Sie sind weniger gefährlich wenn sie im Laufe eines Fieberanfalls, als wenn sie im fieberfreien Zustande sich einstellen. Die intermittirende Convulsion bedingt keine ungünstige Prognose für die Zukunft, bei der continuirlichen Convulsion ist nicht nur unmittelbare Gefahr vorhanden, sondern sie mahnt an Nervenzufälle, die sich später in einer nicht bestimmbaren Zeit entwickeln.

Die Epilepsie ist eine chronische, diathesische, gewöhnlich unheilbare Krankheit sui generis, die fast nie vor dem fünften oder sechsten Jahre aufzutreten pflegt; die Eclampsie hingegen ist ein vorübergehender Zustand, der eigentlich nur in den ersten Lebensjahren auftritt, und zwar gewöhnlich in der Art eines starken epileptischen Anfalls. Der Diagnose kommt bei infantiler Geistesstörung, relativ wenigstens, nicht diejenige Bedeutung zu, die ihr dem ersten Anschein nach gebühren sollte, abgesehen von der Nothwendigkeit einer absolut sicheren Diagnostik, um zu bestimmen, ob die Zurechnungsfähigkeit wegen eines incriminirten Actes beschränkt ist oder fehlt. Uebrigens gruppiren sich die Schwierigkeiten beim Kinde nicht so sehr um die Diagnose des vorliegenden Geisteszustandes, als um die Erforschung der Aetiologie. Darum hat man mit einer Menge heikler Fragen zu rechnen, die es zu entscheiden gilt, und die wichtig sind, um das prognostische Moment zu sichern. Nach Ansicht des Verf. sind heutzutage die Symptome der convulsivischen Anfälle: einfache Convulsionen, Chorea, Hysterie, Epilepsie, allgemein bekannt und giebt es keinen practischen Arzt, der die Krankheit die er vor Augen hat, nicht in die Classe, wohin sie gehört, einzureichen verstünde.

Nach der Erfahrung des Verf. beim Kinde ist die Hallucination in neunundneunzig unter hundert Fällen ängstlicher schreckhafter Natur. — Das Kapitel über das „geistige Mittelwesen“ das einen intermediären Zustand bildet, seine Existenzbedingungen der Heredität und gewissen organische Veranlagungen verdankt, ist, ebenso wie das, was er über die Wunderkinder (enfants prodiges) sagt, sehr lehrreich. Die Bezeichnung „etat mints“ hält Referent mit Moreau (de Tours) für weniger richtig. Bezüglich der hierher gehörigen kindlichen Lügenhaftigkeit meint M., das Kind lügt, 1) um eben zu lügen ohne jedwede Nothwendigkeit, 2) aus Berechnung, aus Gehorsam, mit Bewusstsein, 3) unwillkürlich im guten Glauben, es folgt dann unbewusst dem Beispiele seiner Umgebung. M. bedauert, das Kindesalter des Glorienscheines der Aufrichtigkeit entkleiden zu müssen, mit dem es oft unverdienter Weise geschmückt wird. Unter dem Namen Idioten begreift M. alle Individuen, bei denen die unvollständige Entwickelung der Intelligenz mit vollständiger Entwicklung des Körpers sich vereinigt und bezeichnet als „Cretin“ solche Fälle, bei denen der Stillstand der Entwicklung sich gleichmässig auf die Intelligenz wie auf die gesammte Körperconstitution erstreckt. Letztere sind „krüppelhafte Wesen, deren Zustand wesentlich durch die endlose Verlängerung des Kindheitsstadiums characterisirt“ wird und die zeitlebens zeugungsunfähig bleiben. Indessen giebt es Zwischenstufen, die man schwer irgendwo einzureiben vermag die man nicht ohne weiteres den

Citrens oder den Idioten zuweisen kann. Die epidemisch auftretenden Krankheitsformen vereinigt M. in folgender übersichtlicher Darstellung:

Epidemien	von Convulsionen vorherrschend psychischer Natur:	Tics Hysterie Epilepsie Chorea
	Psychische, vorherrschend intellectuelle Störungen:	Selbstmord Mord Kinderkreuzzüge Religiöser Wahnsinn (Theomanie) Dämonopathie Dämonolatrie

Wir haben wohl hinreichend gezeigt, dass M. die Psychiatrie nicht nur durch Mittheilung einer grossen Anzahl von Thatsachen zu bereichern strebt, sondern dass er auch bemüht ist, sie zu vertiefen, indem er dem Zusammenhang zwischen den verschiednen Thatsachen nachgeht. Das zeigt sich auch im 3. Theil, worin die Diagnose, Prognose, Therapie und Schutzmassregeln, sowie die forensischen Beziehungen nacheinander behandelt werden. Der forensischen Medicin ist bei der Würdigung der von Kindern begangnen Handlungen eine sehr beschränkte Rolle zugetheilt. Das Gesetz bestimmt deutlich. Das Alter der Zurechnungsfähigkeit giebt genau auch jenes Alter an, in welchem ein Kind für strafbar und folglich für sein Thun und Lassen verantwortlich erklärt werden muss. Demnach wird ein Kind, das ein Verbrechen begangen, bis zu seiner Mündigkeit in einem Correctionshause untergebracht werden, wofern es als geistig gesund gilt: in einer Irrenanstalt, wenn sich sein Zustand als Irrsinn oder Schwachsinn erwiesen hat. Was die Therapie betrifft, so müssen dieselben Mittel in Anwendung gebracht werden, wie beim Erwachsenen, wobei jedoch stets die gebotene Vorsicht bei Verabreichung gewisser Arzneistoffe nicht ausser Acht gelassen werden darf. Das Beste wäre Opium-Präparate ganz zu eliminiren; vor allem muss bei erblich belasteten Kindern der prophylactischen Behandlung Beachtung geschenkt werden. Besonders muss man Ueberbürdung der Jugend verhindern, die die grosse Classe verlorner Existenzen (declassés) vermehrt. Gleich den Treibhauspflanzen, die Dank der künstlichen Wärme, mitten im Winter die schönsten, wohlriechensten Blüthen, die köstlichsten Früchte treiben, dann matt werden und nach diesen unnatürlichen Anstrengungen dahinsiechen, so verkümmert auch das frühreife Kind alsbald; es wird, Dank der Verblendung der Eltern, früher oder später seine Tage in einer Irrenanstalt beschliesen, sofern nicht der Tod einem so prekären Dasein ein baldiges Ende bereitet. Wem wäre, so drückt sich M. treffend aus, bei einer Preisvertheilung die besondere, selbst characteristische Physiognomie der meisten dieser Preisgekrönten, welche die Kameraden in ihrer bilderreichen Sprache „Preisvieh" (bêtes à concours) nennen, nicht schon aufgefallen? Klein, schmächtig, körperlich verkümmert, vermag sie, dem Anschein nach, ein Windhauch zu

Boden zu werfen. Man sehe dagegen die wohlgestalteten, pausbäckigen Jungen an, welche von ganzem Herzen den Erfolgen ihrer Mitschüler ihren Beifall zollen, aber selbst den Weg zum erhöhten Platz der Preisbühne nicht kennen. Während sich letztere im Leben bald Bahn brechen werden, gelingt es nur einigen wenigen der Palmarès (Palmträger) der Preisvertheilung sich durchzuarbeiten und berühmt zu werden. M. ist kein Gegner eines tüchtigen Unterrichts und der Unterweisungen, aber man will zu schnell vorwärts man will vor der Zeit Früchte ernten, ohne die Gefahren zu beachten, die ein solcher Vorgang in der Zukunft nach sich ziehen kann. Der Verfasser schliesst mit den Worten: „Leider wissen wir auch, dass wir Prediger in der Wüste sind". Dass dies nicht auf das deutsche ärztliche Publicum passt, sofern es sich auf die Aufnahme des Buches bezieht, davon glaubt sich Referent überzeugt fühlen zu können. Möchten diese Worte hierzu beitragen, dann würde sich der Referent für die Zeit und Mühe, die er darauf verwendet hat, belohnt fühlen. van Deventer (Amsterdam).

---

212) **A. Baer**: Die Trunksucht und ihre Abwehr. Ein Beitrag zum derzeitigen Stand der Alkoholfrage. (Wien und Leipzig, 1890. 83 Seiten.)

Ein Werk, das Baer über die Alkoholfrage veröffentlicht, empfiehlt sich von selbst; es dürfte kaum ein anderer Forscher existiren, der so wie er berufen wäre die Folgen und die Bekämpfung der Trunksucht darzustellen.

Bei der knappen Form, die Verf. für seine Arbeit gewählt hat, ist ein eingehendes Referat nicht wohl möglich. Das Original ist ja leicht zugänglich und enthält ein so werthvolles Material, besonders auch in statistischer Hinsicht, dass man es geradezu als unentbehrlich für Jeden, der der Alkoholfrage näher treten will, bezeichnen muss.

Verf. bespricht zunächst den deletären Leichtsinn, den die Trunksucht durch Abkürzung der mittleren Lebensdauer auf die Menschheit ausübt: die höhere Morbilität und Mortalität, die häufigeren Selbstmorde und Verunglückungen der Potatoren im Gegensatz zu anderen Individuen u. s. w., und zwar belegt er seine Darstellung durch statistische Ermittelungen aus fast allen europäischen Ländern und aus den Vereinigten Staaten. Dann bespricht er das Verhältniss der Trunksucht zur Entstehung von Geistesstörung und Epilepsie, und endlich die Abhängigkeit der Verbrecher, der Ehescheidungen und des Pauperismus vom Alkoholismus; auch hier werden überall die leider nur zu reichen Erfahrungen aller Culturländer übersichtlich zusammengestellt.

In einem zweiten Theile wendet sich Verf. zur Bekämpfung der Trunksucht und zwar auf socialem, wie auf polizeilichem Wege. In ersterer Hinsicht wird jedes Streben, die ganze Lebensführung der menschlichen Gesellschaft hygienisch und comfortabel zu gestalten, von grossem Einfluss sein. Nur zu oft treiben mangelhafte und geschmacklose Ernährung, ungesunde und ungemüthliche, besonders auch zu beschränkte Wohnung etc. den Mann zum Besuch der Schankstätte und damit zum Alkoholismus. Arbeiterhäuser, Volksküchen, Kaffee- und Theeschenken können erheblich dazu beitragen, den Alkoholverbrauch zu verringern. Durchaus nicht zu unterschätzen sind ferner die Bestrebungen und Erfolge der Mässigkeits- und Enthaltsamkeits-

vereine: in Grossbritanien, in der Schweiz, in den Vereinigten Staaten, besonders aber in Skandinavien haben sie segensreich gewirkt.

Noch schneidiger sind die Waffen, welche der Staat gegen den Alkohol zu erheben vermag. Hohe Besteuerung des schädlichen Branntweins, geringere Besteuerung der minder alkoholhaltigen Getränke, sowie die Bestrafung eines jeden Schankwirthes, der Spirituosen an bereits Trunkene, an Unerwachsene etc. verkauft, sind dringend zu empfehlen. Von Wichtigkeit ist auch die Einschränkung der Zahl der Schankstätten, die besonders in dem sogenannten „Gothenburger System" erheblich dazu beigetragen hat, den Alkoholconsum zu verringern. Da endlich aller Erfahrung genau die Vermengung schwerer Alkohole, wie des Butyl- und Amylalkohols mit dem Trinkbranntwein die schädlichen Folgen des letzteren wesentlich verschlimmert so ist es als eine weitere Aufgabe des Staates zu betrachten, dass nur ein möglichst reiner Aethylalkohol zum menschlischen Genusse zugelassen wird.

Zuletzt werden noch die Massregeln besprochen, welche gegen den Trinker als Individuum ergriffen werden sollten. Hierzu gehören die Entmündigung und die mehr oder weniger zwangsweis erfolgende Unterbringung der Gewohnheitstrinker in eine dazu bestimmte Heilanstalt, sowie die gesetzliche Bestrafung der Trunkenheit an sich. Dabei wünscht Verf., worin ihm wohl jeder Sachverständige Recht geben wird, die Unterstellung etwa zu gründender Trinkasyle unter ärtzliche Oberleitung: jeder Säufer, der einer Bevormundung bedarf, leidet an sehr erheblichen somatischen Krankheitszuständen, die erst beseitigt werden müssen ehe an eine moralische Behandlung oder gar an Antrieb zu „harter Arbeit", wie es in einem Aufrufe heisst, gedacht werden darf.

Beiläufig sei bemerkt, das in Folge eines Druckfehlers das Trinkerasyl Karlshof bei Rastenburg nach Weimar-Eisenach, statt nach Ostpreussen verlegt ist. (Pg. 79). Sommer.

---

213) **S. Ottolenghi**: Anthropologische Untersuchung von 100 Revoltanten.
(Lombroso's Archiv 1890. Nro. 2.)

O. vergleicht die anthropologischen Charactere von 100 wegen Revolte am 1. Mai d. J. verurtheilten mit 100 im selben Zeitraum verhafteten Verberechern.

Den „typus criminalis" fand er bei 34% der ersten, bei 43% der letzten Categorie. — Schädelanomalien bei resp. 15 und 44%, Anomalien des Ohrs bei 64 und 75%, der Nase bei 40 und 75%, Tättowirungen bei 4 resp. 10%. Aus diesen Zahlen ergiebt sich, dass die Revoltanten zum grössten Theil aus Gelegenheits-Verbrechern bestehen, und zwar Degenerationszeichen erkennen lassen, aber in viel geringerer Zahl als die Habitués der Gefängnisse. Autorreferat.

---

214) **De Albertis**: Cervelli di suicidi e di tatuati.
(Lombroso's Archiv 1890. Fasc. 2.)

A. fand an den Gehirnen von sieben Selbstmördern viermal mangelhaft entwickelte Windungen, zweimal Asymmetrie des Hinterhaupts und der Schläfenlappen. In 17 Gehirnen tättowirter Individuen fand er Entwicklungshemmungen in acht, Asymmetrie der Windungen beider Hemisphären in 4 Fällen. S. Ottolenghi.

---

215) **Pürkhauer** (Bamberg): 2 Fälle von impulsivem Irresein.

(Friedr. Bl. f. ger. Med. 40. Jahrgang. 5. Heft. Sept. und Oct.)

I. Der 16jährige Bauerssohn, J. U. von C. begeht in der Nacht vom 10. zum 11. April 1884 einen qualificirten Diebstahl, indem er nach Eindrücken des Windfanges durchs Fenster in das Haus seines Onkels einsteigt, welcher zwei Stunden von C. entfernt wohnt, geht mit den gestohlenen Sachen 6 Wegstunden nach N. und bekennt sich hier, der Polizei gegenüber, nach dem Aufgreifen sofort zu dem Diebstahl. Da sein Leumundszeugniss ihn für unzurechnungsfähig erklärt, so wird Verfasser mit Begutachtung seines Geisteszustandes beauftragt. Exploration. U. ist körperlich gesund und kräftig, sexuell völlig entwickelt. Er macht den Eindruck grosser Verlegenheit, beantwortet aber Fragen stets richtig und erinnert sich genau der Details der Strafthat, wobei er weint. Der Schädelumfang beträgt 58 Cm., Ohr-Hinterhauptslinie 25 Cm., Ohrscheitellinie 38 Cm. Distanz der Ohröffnungen $14^{5}/_{10}$ Cm., der Jochfortsätze 15 Cm., Stirn- und Scheitelbeinhöcker stark hervorragend. U. hat gut gelernt, doch war sein Betragen stets tadelhaft. Seit der Pubertäts-Entwicklung benahm er sich in der Sonntagsschule höchst auffallend und trieb auch Onanie. Aus dem Elternhause ist er öfter, ohne jeden Grund entwichen und wurde einmal wegen Landstreicherei zu 6 Tagen Haft verurtheilt. Das Gutachten erhellt aus der Ueberschrift.

II. Die 16jährige Bremserstochter M. B. in B. wird am 12. 5. 1889 in der Kirche ertappt, als sie einer Nachbarin das Gebetbuch aus der Tasche stehlen will. Da ein Zeugniss des K. Landgerichtsarztes in S. sie für schwachsinnig erklärt, so wird Verfasser mit Begutachtung ihres Geisteszustandes beauftragt.

Exploration. Die B. ist gesund und kräftig, gut genährt, noch nicht menstruirt. Schädel nach jeder Richtung etwas vergrössert. Auf dem rechten Ohre ist sie völlig taub. Ihre Schulkenntnisse sind leidlich, ihre Sprache stockend. Zu Handarbeit hat sie viel Lust und Geschick und verrichtet sie auch im Dunkeln, weil ihre Netzhäute auch bei minimalem Lichtzutritt leistungsfähig bleiben. Sie ist in geringem Grade kurzsichtig, sehr empfindlich, naschhaft und unsauber. Von Zeit zu Zeit hat sie Anfälle, in denen sie in der Stadt herumstreicht und Esswaaren stiehlt. Der Strafbarkeit ihrer Handlungen ist sie sich dabei bewusst. Ueber erbliche Belastung lässt sich nichts feststellen. Das Gutachten stellt auch bei ihr die psychische Entartungsform des impulsiven Irreseins, wahrscheinlich in Folge von Hydrocephalus chronicus, wie im ersten Falle, sowie Schwachsinn fest, worauf das Verfahren, ebenso, wie dort, eingestellt wird.

Landsberger (Ostrowo).

---

216) **v. Krafft-Ebing** (Wien): Kindsmord. Fraglicher Geisteszustand tempore criminis. Gerichtsärztliches Gutachten.

(Friedr. Bl. für ger. Med. 40. Jahrg. Heft 5, Sept. und Oct.)

Akten. Am 14. 5. 1889 wird im Mühlgange, im Gemeindegebiet L. die Leiche eines weiblichen Neugeborenen aufgefunden, von welchem die Obduktion ergiebt, dass es reif und lebensfähig war, auch gelebt hat und an

Erstickung in Folge des mit Gewalt um den Hals geschlungenen Nabelstranges gestorben ist. Als Mutter des Kindes stellt sich bald die 24 jährige, ledige Magd, Marie M. heraus, welche nach mehrfachen, widerspruchsvollen Angaben zuletzt angiebt, dass sie am 3. Mai geboren habe und bei der Gartenarbeit von Wehen überrascht worden sei. Das Kind sei ohne ihr Zuthun gestorben; sie habe es mittelst des Sacktuches abgenabelt und könne nachher den Nabelstrang um seinen Hals geschlungen haben, doch wisse sie sich dessen nicht zu erinnern. Die Zeugen stellen sie für nicht ganz vernünftig, weil sie häufig unmotivirten Stimmungswechsel gezeigt habe. Exploration am 31. 5. und 11. 6. 1889, Exploration giebt an, von gesunder Familie zu stammen und bis auf, aus der Kindheit stammendes Kopfweh, welches zur Zeit der Menses exacerbire, stets gesund gewesen zu sein. Sie macht den Eindruck einer geistig beschränkten, verschrobenen Persönlichkeit. Bei Schilderung des Geburtshergauges will sie sich nur des Umschlingens der Nabelschnur nicht erinnern können. Betreffs ihrer Mutter berichtet sie Symptome, die auf Hysterie deuten. Exploratin ist sonst gesund, Schädelumfang von 53 Cm., die Stirnhöcker sind etwas vorgebaucht, Gesichtszüge stumpf.

Gutachten. 1. Marie M. ist eine geistig torpide, beschränkte Persönlichkeit, kann aber wohl die Folgen ihrer Handlungen überlegen. 2. Sie ist von neuropathischer Konstitution.

3. Für Annahme einer akuten Sinnesverwirrung zur Zeit der Strafthat sind keine Anhaltspunkte vorhanden.

Landsberger (Ostrowo).

III. Tagesgescichte.

— **Personalien.** Unser verehrter Mitarbeiter Herr Dr. Helweg in Aarhus (Jüttland), ist zum Director der Irren-Anstalt Oringe auf Seeland ernannt worden.

Den Mitarbeitern dieses Blattes sind beigetreten: Dr. Cl. Neisser in Leubus, Dr. E. Goodall, Pathologist of the West Riding Asylum, Wakefield, Dr. Ostermayer in Budapest, und die Bostoner Aerzte Dr. F. H. Pritchard und Dr. A. Pick.

Am 3. Juli d. J. starb in Heidelberg, 89 Jahre alt, der dem jüngeren Geschlechte nur dem Namen nach bekannte Professor der Anatomie Arnold. A. hatte seit langen Jahren seine Lehrthätigkeit und wissenschaftliche Publicationen eingestellt. Unter seinen früheren Arbeiten sind seine „Icones nervorum capitis" noch unübertroffen; für die Entwickelung der Hirnanatomie sind seinerzeit Arnold's Arbeiten epochemachend gewesen.

— **Aus Moskau.** Am 22. Mai dieses Jahres wurde es ein Vierteljahrhundert, seitdem der Professor der Nervenkrankheiten und Psychiatrie an der Moskauer Universität, A. Koshewnikoff, seine Doctordissertation vertheidigt hat. Seine ehemaligen Schüler gaben gelegentlich dieses Tages eine besondere Denkschrift heraus und widmeten sie Prof. Koshewnikoff. Diese Art der Jubiläumsfeier steht in Russland fast ganz vereinzelt da.

Diese Prof. Koshewnikoff gewidmete Denkschrift repräsentirt einen starken Band von 800 Seiten und enthält ausschliesslich Originalabhandlungen aus den Ge-

bieten der Neuropathologie und Psychiatrie, unter deren Autoren auch in Deutschland wohlbekannte Namen wie Darkschewitz, Korsakow, Minor, Rossolimo, Roth u. A. vertreten sind. K.

— **Aerzte der Privat-Irrenanstalten in Amerika.** Der State Board of Lunacy of New-York hat folgende Resolution angenommen:

Resolved that hereafter no license for the establishment and keeping of an asylum or institution for the care, treatement or custody of the insane or persons of unsouned mind, for compensation or hire, shall be granted, except to a duly qualified medical pactitioner of recognised professional skill and standing, who is graduate of a legally incorporated medical college and has had actual experience in the care and treatment of the insane.

Es werden also, kurz gesagt, Concessionen für Privat-Irrenanstalten nur an Aerzte ertheilt und zwar an solche, die in der Irrenheilkunde praktische Erfahrung haben. In Deutschland, dem Lande der höchsten Cultur und der Gewerbefreiheit kann jeder Viehhändler und Laternenanzünder eine Concession für eine Privat-Irrenanstalt erhalten, insofern ihm die Ortspolizeibehörde ein Attest ausstellt, dass er einen zuverlässigen Charakter hat (vergl. § 30a der Gew.-Ord. v. 1869 und Laehr, Allg. Ztschr. f. Psych. XXIX. 469). Die Redaction des Medico-Legal Journal vom März d. J. macht zu dieser Resolution folgende Bemerkungen: Für die Verwaltung einer Irrenanstalt sollte in erster Linie ein Arzt verantwortlich sein, oder doch wenigstens eine in der Irrenpflege erfahrene Persönlichkeit. Viele Aerzte, die wir kennen, sind total unfähig und incompetent eine Irrenanstalt zu leiten und es ist besonderer Nachdruck zu legen auf die Bedeutung einer für die Behandlung und Pflege von Geisteskranken in der Anstalt fähigen und verantwortlichen Arzt zu haben. „Wir würden den Earl of Shaftesbury in Verbindung mit einem guten Arzte lieber als Leiter einer Privasirrenanstalt sehen als die Hälfte jener Aerzte, die trotz ihrer Unfähigkeit eine Irrenanstalt zu dirigiren, an der Spitze von Anstalten stehen, einfach weil sie den Doctortitel führen.“ Die Resolution ist zeitgemäss, weil sie der Oeffnung von Anstalten durch ungeeignete Personen Einhalt gebietet. Der Board wird auch wahrscheinlich in Zukunft mehr von den Bewerbern verlangen als den Nachweis eines Doctordiploms und die Einführung des Britischen Systems der Gesuchs-Prüfung, wodurch erst die Qualification für Irrenbehandlung und Anstaltsführung erworben wird, würde eine sehr werthvolle Verbesserung bedeuten. E.

— **Dritter internationaler Congress gegen den Alkoholmissbrauch vom 3. bis 5. September in Christiania.** In der ersten Sitzung soll nach der Eröffnungsrede des Präsidenten des Organisationscomités der Bericht des Präsidenten des permanenten Comités (Prof. Dr. Forel, Director des Burghölzli bei Zürich) über die Periode des Jahres 1887 bis 1890 entgegengenommen werden. Die auf dem Congress zur Berathung gelangenden Fragen sind folgende: 1) Ueber die Mittel, welche sich in Norwegen zur Verminderung des Alkoholismus als die wirksamsten erwiesen haben. (Hierfür angemeldete Vorträge: Mittheilung vom Ministerium für die geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten; Vortrag von Bankdirector H. E. Berner.) 2) Ueber die Resultate des gothenburgischen Systems. (Vorträge von Generaldirector S. Wieselgren und Redacteur E. Beckmann.) 3) Die Alkoholfrage in Beziehung zur Jugenderziehung. (Vorträge von Generalsecretär Ch. Wackely, T. Marchant Williams und Dr. J. Bergmann. 4) Die Entartung der Naturvölker durch den Schnapshandel. (Vorträge von Rev. J. Grant-Mills und Parlamentsmitglied W. S. Cain.) 5) Ueber

praktische und billige, nicht oder nur schwach alkoholische Getränke als Mittel im Kampfe gegen den Alkoholismus. (Vortrag von Prof. Waage.) Anderweitige Vorträge sind bis jetzt angemeldet worden von Dr. B. Ward Richardson: „Progress of temperance" (London); Sanitätsrath A. Bär: „Die Todesursachen der Trinker"; Prof. Dr. Victor Böhmert: „Ueber die Volksheime und Volksunterhaltungsabende in Dresden"; Frau Dr. Selmer: „Women and temperance"; Dr. H. v. Hebra: „Die Alkoholfrage in Oesterreich„; Pfarrer Bovet: „Ueber die leitenden Grundsätze des blauen Kreuzes"; Director Milliet: „Durchführung und Wirkung des schweizerischen Alkoholmonopols"; Pfarrer E. Hirsch: „Ueber die periodische Trunksucht als erbliche Erscheinung"; Dr. H. Kurella: „Ueber die Entmündigung der Trinker", „Ueber literarische Mässigkeitspropaganda"; Hoflieferant Fromm: „Ueber Beerweine und über die hohe Bedeutung derselben im Kampfe gegen den Alkoholismus" u. a. m. Mit dem Congresse soll, wie dies auch bei dem letzten Congress in Zürich der Fall war, eine Ausstellung von Schriften und anderen Objecten, welche auf den Kampf gegen den Alkohol Bezug haben, veranstaltet werden.

— **Die schweizerische Anstalt für Epileptische,** an deren Spitze kein arroganter Pastor sondern ein Arzt (Dr. von Schulthess-Rechberg) steht, liegt 500 Meter südlich von der cantonalen Irrenanstalt Bürghölzli, circa 60 Meter über dem Seespiegel an einem der schönsten Aussichtspunkte in der Umgebung von Zürich. Das erste am 1. Septb. 1886 eröffnete Haus umfasst ausser der Wohnung und dem Bureau des Directors fünf Abtheilungen für Pfleglinge und fünf Pensionairzimmer, den Andachts- und Speisesaal, das Schulzimmer, die Arbeitsräume, die Küche. Die einzelne Abtheilung ist für 9—10 Pfleglinge eingerichtet. Dieses Haus sollte vornehmlich für die Unterbringung von Kindern dienen. Sehr bald aber häuften sich die dringenden Anfragen Erwachsener sodass nach kaum 1½jährigem Bestande der Anstalt ein Neubau begonnen werden musste der nun zur Aufnahme erwachsener weiblicher Kranker dient. Derselbe bietet Raum für 70 Patienten und ist mit dem alten Hause durch einen gedeckten Gang verbunden. Die Eröffnung desselben fand am 9. Oktober 1889 statt. Dazu ist im letzten Herbst ein Bauernhaus angekauft und umgebaut worden, so dass auch erwachsene männliche Kranke aufgenommen und in Werkstätten beschäftigt werden können. Die Anstalt hat Garten und einen klein landwirthschaftlichen Betrieb. Pension im Minimum 300 Frs. pro Jahr. Bis zur Eröffnung des zweiten Baues konnten von 255 Anmeldungen 99 (54 M. 45 W.) berücksichtigt werden. Davon wurden bis jetzt entlassen genesen 5, sehr gebessert 7, gebessert 15, ungebessert 14, gestorben 3, im Ganzen 44. Seit vorigem Herbst wurden weiter aufgenommen 46 (16 M. 30 W.)



Inhalt des August-Hefts.

I. Original-Mittheilungen.

II. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

1. Anatomie.

2. Physiologie und Psychologie.

3. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

4. Pathologie.

a) Local-Affectionen, periphere und spinale.

b) Local-Affectionen, cerebrale.

c) Neurosen.

B. Psychiatrie.

Pathologie.

Klin. descript. Psychiatrie.

2. Psych. Therapie.

3. Statistik.

Nro. 208) Statistische Mittheilungen betreffend den Canton Zürich. Die Ergebnisse der Irrenzählung vom 1. Dec. 1888.

4. Bibliographie.

Nro. 209) August Cramer, Die Hallucinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken und ihre klinische Bedeutung. Besprochen von Neisser.

Nro. 210) W. Bewan Lewis, A Text-Book of Mental Diseases with a special reference to the Pathological aspects of Insanity. Bespr. von Goodall.

Nro. 211) P. Moreau, Der Irrsinn im Kindesalter. Bespr. von van Deventer.

Nro. 212) A. Baer, Die Trunksucht und ihre Abwehr. Bespr. von Sommer.

C. Degenerations-Theorie.

1. Criminelle Anthropologie.

Nro. 213) S. Ottolenghi, Anthropologische Untersuchung von 100 Revoltanten.

Nro. 214) De Albertis, Cervelli di suicidi et di tetuadi.

Nro. 215) Pürkkauer, Zwei Fälle von impulsivem Irresein.

Nro. 216) v. Krafft-Ebing, Kindesmord. Fraglicher Geisteszustand tempore criminis.

III. Tagesgeschichte.



Wir sehen uns zu der Erklärung veranlasst, dass wir für die geschäftlichen Anzeigen auf dem Umschlage und für geschäftliche Beilagen keinerlei Verantwortung tragen.

Herausgeber und Redacteur.

Die Redaction bittet die Mitarbeiter um regelmässige Zusendung tagesgeschichtlicher Neuigkeiten. Ferner wird um Uebersendung von Dissertationen und von Separatabdrücken aller neurologischen Journalartikel an die Redaction gebeten.

Coblenz, Druck von Philipp Werle (Löhrstrasse 28).

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dem Begründer des Blattes,

Prof. Charcot in Paris, **van Deventer** in Amsterdam, **Dr. Ireland** in Preston-Pans, **Prof. Kowalewskij** in Charkow,

Prof. Lange in Kopenhagen, **Prof. Lombroso** in Turin, **Prof. Obersteiner** in Wien, **Prof. Seguin** in New-York.

Redigirt von

Dr. Hans Kurella in Kreuzburg.

Verlag von W. GROOS, Königl. Hofbuchhandlung (Kindt & Meinardus).

Coblenz u. Leipzig.

XIII. Jahrgang. **1890 September.** Neue Folge I. Band.

I. Originalien.

I.

Zur Lehre vom Wesen der Neurasthenie.

Von Prof. P. J. KOWALEWSKIJ in Charkow.*)

Die Neurasthenie ist eine in der Gesellschaft so verbreitete, und literarisch so sorgsam und eingehend behandelte Krankheit, dass sie allen Aerzten, nicht nur den Neuropathologen, vollkommen bekannt ist.

Wir haben in allen Litteraturen zahlreiche Darstellungen der Neurasthenie, so in der amerikanischen die von Beard, Mann, Hughes u. a., in der deutschen die von Arndt, Ziemssen, Berger etc., in Frankreich haben sie Régis, Doyen und Cullerre behandelt, und auch in England und Italien fehlt es nicht an Behandlungen dieser Frage. In Russland bearbeiteten die Neurasthenie: N. J. Muchin, A. Jakoblew, P. J. Rosenbach, A. P. Dragomanow und Andere. Eine Darlegung der Sympto-

*) Deutsch von der Redaction. K.

matologie und Aetiologie der Neurasthenie wäre bis zu einem gewissen Grade überflüssig, da es kaum möglich sein dürfte, in dieser Beziehung irgend etwas Neues beizubringen.

Uns beschäftigt besonders die Frage: Worin besteht das Wesen der Neurasthenie? Unzweifelhaft ist sie eine Krankheit des Nervensystems, aber eine solche, die bei der Section keine bestimmten organischen Veränderungen ergiebt, — d. h. sie ist eine functionelle Störung des Central-Nervensystems. Wenn dem so ist, in welcher Weise tritt sie dann hereditär auf? Was erscheint in diesem Falle als Vermittler der Krankheit und worin bestehen die Veränderungen in denjenigen Fällen, wo sie nicht als Erbschaft von Seiten neuro- und psychopathischer Ascendenz, sondern bei der Descendenz syphilitischer, rheumatischer und herpetischer erscheint?

Die bisher aufgestellten, sehr zahlreichen Theorien über das Wesen der Neurasthenie erklären nur einzelne grössere oder kleinere Gruppen von Fällen, aber keine von ihnen ist im Stande, das Wesen aller Fälle von Neurasthenie aufzuklären.

Die Priorität auf diesem Gebiete gehört Beard,[1]) der annimmt, das Wesen der Neurasthenie bestände in einer *Verarmung des Nerven-Systems an Nervenkraft* (nerve-force), als Folge einer unzureichenden Ernährung des Nervensystems. Diese Anschauung kommt der Wahrheit ziemlich nahe, nur löst sie nicht die Frage, wo der Mangel der Ernährung des Nervensystems zu suchen ist, und was die „Nervenkraft“ ist; somit ist Beard's Theorie eher eine bestimmte Fragestellung des Problems, als eine Erklärung des Wesens der Neurasthenie.

Im Gebahren und Wesen der Neurastheniker bemerkt man leicht eine gewisse Aehnlichkeit mit der Impulsivität und extremen Erregbarkeit des Kindesalters auf der einen Seite, und schnelle Erschöpfung und Ermüdung auf der andern. Diese Aehnlichkeit hat man (Arndt[2]) u. a.) damit erklären wollen, dass bei manchen Neurasthenikern die anatomische Untersuchung neben voll entwickelten Nerven-Zellen zellige Elemente zeigt, die auf embryonaler Entwicklungsstufe stehen. Einzelne Abschnitte des Centralnervensystems erscheinen allzu zart und haben das Aussehen foetalen oder embryonalen Gewebes. Die Ganglienzellen sind ungenügend entwickelt, die Fortsätze fehlen ganz oder sind spärlich, die Zellen sind unbestimmt contourirt in Folge unzureichender Differenzirung und Trennung von der Grundsubstanz, die Nervenfasern sind ausserordentlich dünn und zart, an einzelnen Stellen fehlen dieselben ganz und sind durch Neurogliagewebe ersetzt; solche Veränderungen finden sich nur stellenweise, meist im sympathischen System. Somit drängt sich ganz von selbst die Annahme auf, dass die gesteigerte Erregbarkeit und Erschöpfbarkeit der Neurastheniker bedingt sei durch die *embryonale Beschaffenheit eines grösseren oder geringeren Theils der morphologischen Elemente des Nervensystems der Neurastheniker.* Wenn diese Theorie in den Thatsachen eine ernstere Grundlage fände, so wäre sie jedenfalls für eine Gruppe der Neurastheniker acceptabel, nämlich für die hereditäre Neurasthenie, — dagegen

[1]) Beard, Nervenschwäche 1881.

[2]) Arndt, die Neurasthenie 1885. p. 110.

ganz unannehmbar für die Erklärung derjenigen Fälle, wo die Neurasthenie sich in einem bis dahin vollkommen kräftigen und normalem Nervensystem entwickelt. — Später sind in Russland verschiedene Versuche gemacht worden, auf experimentellem Wege die Aetiologie der als „functionell" bezeichneten Neuropathieen zu erforschen, zu denen die Neurasthenie in jedem Falle gehört. Die Untersuchungen von Prof. Wwedensky haben gezeigt, dass, so lange man auch die Reizung dieses oder jenes Organs fortsetzt, sein Nervenstamm, als Leitungsweg, dabei weder Ermüdung noch irgend welche organischen Veränderungen erleidet, und ungestraft sehr lange Zeit hindurch functioniren kann. Anders verhalten sich bei solcher übermässig verlängerten Reizung die centralen Nervenzellen. Nach lange dauernder mechanischer und elektrischer Reizung des peripheren Nervensystems fanden Dr. Anfimow[1]) und Sadowsky[2]) dass bei diesen aus der Peripherie kommenden Erregungen die centralen Nervenzellen der Ueberreizung unterliegen, die sich in organischen Veränderungen derselben aussprach, in Form von Coagulations-Nekrose, Vacuolisirung, hyaliner Degeneration, etc. Diese experimentellen Ergebnisse führen auf den Gedanken an analoge Veränderungen im Centralnervensystem Neurasthenischer, hervorgegangen unter dem Einfluss anstrengender, übermässiger geistiger Arbeit. Die allzu weitgetriebene Arbeitstheilung der jetzt lebenden Generation, die dazu zwingt, vorwiegend, oft ausschliesslich bestimmte Theile des Centralnervensystems anzustrengen, während andere vernachlässigt werden — übermässige Ausnutzung der Leistungen bestimmter Theile —, der Missbrauch stimulirender Substanzen, die bestimmte Functionen beeinflussen —, alles das führt auf die Vorstellung, dass bei der Neurasthenie *nervöse Elemente, die ausschliesslich und über ihre Kräfte hinaus arbeiten, Veränderungen erleiden können, analog denen, welche* Anfimow *und* Sadowskij *experimentell bei Thieren hervorgerufen haben.* Acceptirt man diese Theorie über die Entstehung der Neurasthenie, so würde sich durch dieselbe nur ein Theil der Fälle erklären lassen — die Fälle von erworbener Neurasthenie, — und auch diese nicht im ganzen Umfange, sondern nur solche Fälle, in denen man eine mehr oder weniger scharf ausgesprochene Veränderung der cellulären Elemente des Centralnervensystems annehmen dürfte.

Eine weitere Theorie bringt die Neurasthenie in Abhängigkeit von geistiger Erschöpfung und Ueberreizung. Diese Theorie hat Hughes sehr gut formulirt.[3]) In unserer Zeit wird geistige Arbeit in weit höherem Grade getrieben, als in früheren Generationen, während die uns umgebende sociale und oekonomische Athmosphäre viel mehr erregende als kräftigende Elemente enthält. „Wir sind allzusehr durch Arbeit absorbirt, ewige Arbeit", sagt Hughes, und „niemals frei aufathmen" ist fast die Losung unsrer Organisation in pädagogischer, socialer und politischer Beziehung geworden. Zudem ist doch unsere Organisation derart angelegt, dass eine entsprechende Erholung eines der wesentlichsten organischen Bedürfnisse, und eine absolute Bedingung

---

[1]) Dr. Anfimow, Ueber Veränderungen im centralen Nervensystem von Thieren nach Lackirung der Haut. 1887.

[2]) Dr. Sadowsky, Zur Frage nach den Veränderungen in den Nerven-Centren bei peripheren Reizen. 1889.

[3]) Hughes, The Alienist und Neurologist 1889, 4.

der Integrität des Organismus ist. Der wichtigste Factor der Erholung ist der Schlaf, „der Balsam verwundeter Gemüther und das Bad drückender Arbeit". Und dieser so wichtige Ersatz der Verluste, des Deficits und der Erschöpfung unsres geistigen Lebens wird in allen modernen Gestaltungen geistiger Arbeit ignorirt. Unsere Zerstreuungen und Vergnügungen, fährt H. fort, fallen gerade in diejenigen Stunden, die ausschliesslich der Ruhe und dem Schlaf gewidmet werden müssten. Die Nacht, von der Natur selbst für den erquickenden Schlaf bestimmt, ist für sehr viele die Hauptarbeitszeit, obschon die im Lauf des Tages ermüdeten Organe (Gehirn und Herz) dann Ruhe brauchen; der ermüdete Organismus wird aufgestachelt mit stimulirenden Substanzen (Alcohol, Kaffee, Thee u. s. w.), anstatt sein Ruhebedürfniss zu cultiviren. Als Resultat dieses irrationalen Lebens zeigt es sich, dass viele Existenzen geistig abwärts gehen in einer Zeit, wo sie in ihrem vollen Glanze strahlen sollten; stete Sorge, stete Belastung mit geistiger Arbeit an Stelle der Erholung, wie im Wetteifer, einander in ein vorzeitiges Grab zu hetzen. Fortwährende Arbeit erschöpft und schwächt das Nervensystem in der Richtung, dass sie eine mehr oder weniger vollständige Paralyse des vasomotorischen Nervensystem herbeiführt, und dadurch Congestion und abnorm energische Blutzufuhr zum Grosshirn; somit stellt sich Schlaflosigkeit ein, mit folgender Benommenheit und Schwäche, und unter entsprechenden Umständen — progressive Paralyse."

„Aehnlich wirken spirituöse Stimulantien; in den Arterien bilden sich mineralische Ablagerungen — sogenannte atheromatöse Degeneration der Grosshirnarterien, — die sich mit dem zunehmenden Alter ausbreiten. Ferner hat die übertriebene geistige Arbeit auch einen ungünstigen Einfluss auf die Verdauung, da der Magensaft sich unter der gestörten Innervation vermindert und ungünstig verändert; somit entsteht eine Dyspepsie, deren Quelle im Gehirn zu suchen ist; nicht weniger verderblich sind für den Organismus auch die daneben auftretenden Störungen im Bereich des Vagus und Sympathicus, mit ihren neuralgischen Beschwerden, Kopfschmerz, leichten Störungen der Sensibilität und Innervation, die so häufig schweren cerebralen Attacken vorausgehen."

In der That ist das alles nicht eine Theorie vom Wesen der Neurasthenie, sondern eine Darlegung des Mechanismus, der Wirkung socialer Lebensbedingungen, die Schritt für Schritt allmählig die Neurasthenie herbei führen.

Wir haben uns oben besonders eingehend mit den Hypothesen von Arndt und Sadowsky beschäftigt, die uns deshalb acceptabel sind, weil sie eine ziemlich klare Beleuchtung derjenigen Thatsachen geben, die für uns offen daliegen, und ihrem Wesen nach doch vollkommen unverständlich sind. Die Theorie des embryonalen und foetalen Zustandes gewisser Abschnitte des Centralnervensystems Neurasthenischer erklärt uns einen Theil der Fälle erblicher Neurasthenie, in denen Neugeborene, unter dem Einfluss abnormer Zeugungsbedingungen, sich entwickeln und auswachsen mit organischen Veränderungen in einigen Theilen des Centralnervensystems, unter deren Einfluss diese Theile lebenslang in embryonalem Zustande bleiben.

(Schluss folgt.)

II.

Ueber die Polarisation der Electroden, welche bei der Electrotherapie Anwendung finden.

Von VIRGILIO MARCHADO in Lissabon.

Durch das Anlegen von Electroden auf die Gewebe des menschlichen Körpers, welche ja Electrolyten enthalten, entsteht in den Electroden ein gewisser Grad von Polarisation. Dieser Umstand bringt Gegenströme hervor, deren Sinn demjenigen des Batterie-Stromes entgegengesetzt ist. Hierdurch wird das Verhalten des Stromes geändert, und die Untersuchungen über die Leitungsfähigkeit des Körpergewebes erschwert. Es sind desshalb einige Forscher auf den Gedanken gekommen, unpolarisirbare Electroden in Anwendung zu bringen.

Mit den aus Kohle gemachten, und mit Gemsleder überzogenen Electroden, kann man, bei der in der Fig. I angedeuteten Disposition, beweisen, dass in jeder Electrode, nachdem sie vom electrischen Strome passirt wurde, eine *zweifache* Polarisation entsteht.

Es fungirt deshalb jede Electrode wie ein wahrer Accumulator, worin ein zweiter, dem ersten entgegengesetzten Strome, sich entwickelt.

Aus folgender Figur wird dieses ersichtlich; mit diesem, von mir eingerichteten Apparat können folgende Experimente angestellt werden:

a) Beobachte man zuerst in welchem Sinne der Ausschlag des Galvanometers *A* stattfindet, wenn der Strom von der electrischen Batterie aus hindurchgeht.

Zu diesem Zweck setze man einen Contact in *a*, und im Commutator *S* den Contact *g* und in S^1 den Contact *i*.

Der von der Batterie ausgehende Strom folgt den Weg P a m g A i n P. (Fig. II.)

b) Nun entferne man die Stifte *g* und *i* und setze die Stifte *f* und *l* ein, lege noch *E* an E' an, und lasse den Strom durch die aneinander liegenden Electroden passiren. (Fig. III.)

c) Einige Secunden (30" bis 60") nach dem Durchgange des Stromes, entferne man den Stift *a*, hiermit wird die Verbindung mit der Batterie aufgehoben, man setze dafür die Stifte *g* und *i* ein.

Die Galvanometer-Nadel giebt jetzt einen Ausschlag in demselben Sinne wie in dem Experimente I, was nunmehr beweist, dass ein Strom existirt welcher umgekehrt verläuft wie der von der Batterie herstammende. In der That hatte der Hauptstrom den Weg P a m E E^1 n P gefolgt, welcher gleicher Richtung ist wie im Experimente I, und jetzt folgt er den Weg E m g A i n E^1. (Fig. IV.)

d) In diesem Experimente wird bewiesen, dass jede Electrode zwei Pole zeigt und dass sie wie Accumulatoren wirken. Wiederholt man jetzt das Experiment b und verstelle nach einigen Secunden den Stift a^1 von *a* nach *b*, beseitige ferner den Stift *g* und setze an deren Stelle die Stifte *f* und *i*, man lege noch die Electrode E^1 gegen die Metallplatte *M* oder besser eine Kohlenelectrode an, die vom Strome noch nicht passirt wurde. (Fig. V.)

Dann wird die Nadel des Galvanometers in umgekehrtem Sinne ausschlagen, als in Experiment a, und zeigt, dass der Strom in der Richtung E m b n i A f M E verläuft.

e) Entfernen wir den Stift *f* und setzen den Stift *g*, entfernen den Stift *i* und setzen den Stift *l* ein, und legen E^1 an M^1 an, so wird der Ausschlag dem des Experiments d gleich. (Fig. VI.)

f) Wenn, anstatt die Electroden aneinander zu legen, wir sie, auf zwei Stellen des Körpers, ansetzten, so zeigt noch jede Electrode bei Wiederholung der Experimente IV und V die Eigenschaften der doppelten Polarisation.

g) Ersetzt man die Electroden aus mit Gemsleder überzogener Kohle durch die unpolarisirbare Electroden, so entsteht kein Ausschlag des Galvanometers, bei Wiederholung der obigen Experimente II und III etc., es entstehen somit keine Polarisations-Ströme.

Die Pole welche Helmholtz, Filehne, Erb, Hitzig, de Watteville etc. als *virtuelle* annehmen, haben objective Bedeutung, wie die angeführten Untersuchungen es darstellen. Wenn man unpolarisirbare Electroden anwendet, so wird daher an den Stellen der Application eine *An* und eine *Ka* bestehen, nur wird man die Gegenwart der Gase *H* und *O*, deren Aussonderung sie bestimmen, nicht beweisen können.

Es scheint mir, dass man die doppelte Polarisation, bei den Untersuchungen wo keine unpolarisirbaren Electroden angewandt werden, nicht genügend beachtet habe und darum schien es mir von Interesse die obigen Experimente zu beschreiben.

II.

10. Internationaler medic. Congress. Berlin 1890.

Section für Neurologie und Psychiatrie.

Originalbericht von Dr. Koenig (Dalldorf).

Montag den 4. August.

1) **R. Brower** (Chicago): *Zur Pathologie und Therapie der locomotorischen Ataxie.* — (217)

Es gibt 3 Categorien von locom. Ataxie: 1) die Krankheit beginnt im Gehirn. 2) im peripherischen Nervensystem. 3) Im Rückenmark.

Die differentielle Diagnose ist nicht immer zu stellen; so lange die Diagnose unentschieden ist, wird die Therapie eine unwissenschaftliche bleiben.

Behandlung: Bettruhe, gute Ernährung; eventuell Massage, und passive Gymnastik; nach Syphilis, Rheumatismus, Gicht, ist stets zu fragen.

Bei der cerebralen Form ist die Suspensionsbehandlung die rationellste. B. hat recht gute Resultate mit derselben erzielt. Auch bei zweifelhaften Fällen ist sie anzuwenden. Nicht aber bei den Fällen, die mit peripherischer Neuritis beginnen. Prof. Charles Stillman in Chicago hat einen besonders empfehlenswerthen Suspensionsapparat angegeben.

Bei den „peripherischen Fällen“ leistet die Nervendehnung viel.

Bei den „spinalen“ ist Electricität zu empfehlen, namentlich die allgemeine Faradisation der Haut; der Strom darf nur so stark sein, dass ihn der Patient eben fühlt.

Innerlich Phosphor und Arsen vor allem, dann auch Quecksilberpräparate und Jod.

2) **Minor** (Moskau): *Beitrag zur Lehre von der Syringomyelie.* — (218)

In den Lehrbüchern wird dies Thema nur stiefmütterlich behandelt. **M.** hat 5 Fälle beobachtet, in denen sich nach einer traumatischen Affection des Rückenmarkes verbreitete Lähmungserscheinungen, Anästhesien, hohe Temperatur, retentio urinae et alvi, ein Mal sogar Decubitus und Cystitis purulenta entwickelten. Nach einiger Zeit gingen die Lähmungen und Anästhesien zurück, es blieben aber Amyotrophien mit Analgesien und Thermoanästhesie bei erhaltener tactiler Sensibilität. Die Centralgliomatose, welche ein ähnliches Krankheitsbild hervorruft, könnte wegen der Plötzlichkeit des Auftretens ausgeschlossen werden. Von den 5 Fällen, über welche ein kurzes Referat gegeben wird, gelangte einer zur Obduction; als die Ursache der centralen Gliose, welche sich hier vorfand, wurde eine primäre Hämatomyelie angenommen, welche auch in einer grossen Reihe ähnlicher Fälle wahrscheinlich als die Ursache der Gliose anzusehen ist. —

In der *Discussion* weist Remak (Berlin) auf 2 bereits im Jahre 1877 von ihm beschriebene Fälle von traumatischer Hämatomyelie hin, mit Abklingen der Anästhesie in Thermanästhesie. In diesen Fällen war die Amyotrophie nicht in denselben Körpergegenden vorhanden, wie die Temperatursinnlähmung. —

Dienstag den 5. August.

3) **Horsley** (London): *Chirurgie des Centralnervensystems.* — (219)

H. demonstrirt mit Hilfe des Sciopticons eine Reihe von Photographien von trepanirten Patienten, und erörtert dabei eine Reihe von Thesen, zu deren Aufstellung ihn seine bisherige Erfahrung auf dem Gebiete der Hirnchirurgie geführt hat:

1. In jedem Falle von Verletzung des Gehirnes sollen wir operiren; es ist das einzige Mittel, durch das wir den Patienten in den status quo ante versetzen können; wir können durch die Operation einer Epilepsie, dem Verlust des Gedächtnisses und einer drohenden Demenz vorbeugen; namentlich bei Kindern sollte man mit der Operation nicht zögern. Bis jetzt überlässt man die Sache zu sehr sich selbst. (Demonstration einer Schädelfractur in der Temporo-parietalgegend.)

2. Demonstration eines Gehirnes eines nicht operirten einschlägigen Falles. Patient starb an acuter traumat. Epilepsie; hätte durch eine Operation gerettet werden können.

3. Fractur in der Temporalgegend. Patient, der Arzt war, war 10 Tage lang hemiplegisch, am 10. Tag comatös, Cheyne-Stokes; Operation; es fand sich eine erhebliche Verletzung des Gehirnes, die Blutgerinnsel wurden ausgewaschen; Patient erholte sich. Seitdem sind 2 Jahre verflossen; Patient blieb gesund und practicirt wie früher.

4. In allen Fällen von intracerebraler Blutung sollte die Carotis communis unterbunden werden, wenn wir innerhalb der ersten 4 Stunden nach dem apoplectischen Anfall geholt werden. Bei dem bisherigen Verfahren

(Eis etc.), bringe man die Blutung nicht zum Stillstand. Die meisten Aerzte thun gar nichts, was er noch für das Beste halte, wenn man nicht operirt. Wir sollten aber die Blutung unter allen Umständen zum Stehen bringen.

Auch die Arteria lenticularis könnte man unter Umständen zu unterbinden suchen.

Spencer und Horsley machten Experimente an Affen; sie fanden, dass, wenn man die betreffenden Arterien durchschneidet (A. lent.) und dann die Carotis unterbindet, die Blutung steht. Die Unterbindung der Carotis ist nicht so gefährlich. Die temporäre Lähmung kann vermieden werden. H. hat die Operation 4 Mal gemacht. Auch zu einer Thrombose kommt es nie in einer aseptischen Wunde.

5. In allen Fällen von Kopfschmerz, der allen Mitteln trotzt, sollte trepanirt werden.

6. In entzündlichen Zuständen, aseptischer Meningitis sollte drainirt werden. H. hat 2 Mal so operirt; beide Patienten starben. H. ist nicht sicher, ob es möglich ist, entzündliche Prozesse zu coupiren, aber bei localisirten entzündlichen Prozessen, sowie bei Abscessen, ist dem Patienten durch eine Operation zu helfen.

7. Tumoren. Bis jetzt ist man sich nicht einig, wie lange man mit der Operation warten soll; das ist schade, weil die Operation oft verlangt wird, wenn es zu spät ist. Wenn innerhalb von sechs Wochen keine bedeutende Besserung zu constatiren ist, sollte man operiren.

8. Bei Pachymeningitis ist es von Vortheil, einzelne verdickte Theile auszuschneiden, aber nur, wenn man den Patienten im Anfangsstadium der Krankheit bekommt.

Bei Gummigeschwülsten ist es etwas anders; hier sollte operirt werden, da nach H.'s Ansicht Jodkali nur Besserung, aber keine Heilung zu Wege bringt.

9. Andere Neoplasmen.

a) *Tuberkel*, sollen womöglich operirt werden.

b) *Andere maligne Geschwülste.*

N. erwähnt einen Fall von einem Patienten, der comatös in's Krankenhaus kam; es wurde ein Sarcoma cerebri entfernt; im folgenden Jahr kam Patient mit einem Recidiv wieder, Exitus ohne Operation; der Tod war aber schmerzlos, während Patienten früher die heftigsten Kopfschmerzen gehabt hatte.

H. ist der Ansicht, dass bei multiplen Tumoren operirt werden sollte, um dem Kranken Erleichterung zu verschaffen; wenn der Tumor nicht zu gross ist, kann man ihn ganz entfernen. Auch die durch den Tumor veranlasste Neuritis optici bessert sich und damit die Sehschärfe.

10. Demonstration einiger Gehirne, wo operirt hätte werden können, wenn die Patienten nicht zu spät gekommen wären.

11. Bei Athetosis und andern krampfartigen Zuckungen soll man operiren. Beavor hatte neulich einen solchen Fall, den er Horsley zum operiren übergab. Die Zuckungen kamen aber wieder, weil H. zu wenig entfernt hatte von dem betreffenden Centrum.

12. *„Focal Epilepsy“*, (so nennt H. die Fälle von Jackson'scher Epilepsie ohne nachweisbaren Herd.) In solchen Fällen sollte die Oberfläche

des Gehirnes mit dem Inductionsstrom untersucht werden, bis man die Gegend findet, von der die Zuckungen ausgehen; das betreffende Gebiet soll dann excidirt werden.

13. Encephalocele ist electrolytisch zu behandeln. Man erhält gute Resultate.

Im ganzen hat H. 43 Operationen gemacht. 10 Patienten starben. In 2 Fällen trat der Tod durch Shock ein, weil man mit der Operation zu lange gewartet hatte. In 2 Fällen trat Sepsis ein. H. hofft, dass die Mortalität in Zukunft eine geringere sein wird. —

Zum Schluss berichtet H. über „Rückenmarksfälle" (spinal cases).

19 Mal hat er die Wirbelsäule trepanirt; 1 Todesfall (Shock).

1) Bei Fracturen der Wirbelsäule sollte operirt werden, sowie Compressionserscheinungen eintraten; die Aussicht auf Erfolg ist geringer als bei Schädelfracturen, weil man das Rückenmark leichter verletzt (5 Fälle.)

2) Bei Paraplegie in Folge von Caries der Wirbelsäule hat H. ein Mal operirt ohne Erfolg; indessen liessen die Schmerzen nach.

In 6 andern Fällen waren die Erfolge zum Theil recht befriedigend.

Es ist zu berücksichtigen, dass ohne Operation die Prognose absolut schlecht ist.

Diskussion: Erb (Heidelberg): Den Neurologen erwachse die Aufgabe exactere Indicationen aufzustellen, wenn operirt werden solle. Die Chirurgen sagen, man solle möglichst früh operiren; aber könne man das verantworten, ohne das Leben der Kranken in all zu grosse Gefahr zu bringen? Er sei überrascht gewesen über einige von Horsley aufgestellte Indicationen. Vor allem denke er dabei an die Indication bei beginnender Hirnblutung innerhalb der ersten vier Stunden; wer wage es überhaupt in den ersten 4 Stunden zu sagen, ob überhaupt eine Blutung vorliegt? dass diese Operation nicht bei jedem pathologischen Vorgang gemacht werden dürfe, scheine ihm sicher. Ebenso sei es mit den Hirntumoren; er habe wiederholt Gelegenheit gehabt, sich davon zu überzeugen, dass er mit der Localdiagnose durchaus nicht immer so sicher ist, wie es für den Chirurgen wünschenswerth ist. Ausserdem kann man nicht mit Sicherheit diagnosticiren, ob der Tumor operabel ist. Aehnlich scheine es ihm auch bei den spinalen Affectionen zu sein.

Es ist durchaus nicht immer möglich zu entscheiden. ob die Affection eine extra- oder intraspinale ist; in dem ersteren Falle wurde ja eine Operation einen Zweck haben. Vielleicht könne man öfters, oder bis jetzt geschehen ist, eine Explorativoperation machen. —

Althaus (London): Ist bezüglich der Gummata derselben Ansicht wie Horsley, dass sie durch Jodkali nicht zu heilen sind; empfiehlt subcutane Injectionen von Quecksilberpräparaten, im allgemeinen ist er aber für die Excision. Bei Gehirnblutungen empfiehlt er subcutane Injectionen von Ergotin, oder Application per rectum.

Oppenheim (Berlin) weist auf 3 von ihm schon mitgetheilte Fälle hin, in welchen ein chirurgischer Eingriff einmal wegen Fractur des linken Occipitalbeines, einmal wegen eines richtig diagnosticirten Tumors in der Roland'schen Furche, einmal bei einem 12 j. Kinde mit cerebraler Kinderlähmung behufs Exstirpation der Cyste unternommen wurde. Jeder dieser Eingriffe war von Erfolg belohnt. —

Ausserdem betheiligten sich noch an der Discussion Pescarolo (Turin) und Dumin (Warschau).

4) **v. Monakow** (Zürich): Zur pathologischen Anatomie corticaler Sehstörungen (mit Demonstrationen). — (220)

Es ist noch nicht gelungen, in constanter Weise festzustellen, wie die Grenzen der sogenannten Sehsphäre beim Menschen gezogen sind, und welches die Anordnung der Fasern im Hinterhaupthirn ist. In dieser Richtung will M. einige Mittheilungen machen, die sich beziehen auf zwei Fälle von Erkrankungen im Occipitallappen, bei denen eine partielle Hemianopie zu Stande kam, und wo secundäre Erkrankungen in den Projectionsfasern des Markes sich fanden bis zum Pulvinar und dem vorderen Zweihügel, in einem Falle bis zum Tractus opticus.

1. 28. j. Rentier, bekam 7 Jahre nach einem Schlaganfall rechtsseitige Hemianopsie (complet). Bei der Section zeigte sich, dass der Cuneus in der Gegend des Pedunculus cunei im Mark einen Erweichungsherd hatte in der Ausdehnung einer Haselnuss; auch der Cuneus war geschrumpft und der lobus lingualis, weniger der gyrus hippocampi.

Mikroskopische Untersuchung: Secundäre Entartung der Gratiolet'schen Fasern, des Corpus geniculatum externum und des Pulvinar. Diese Degeneration zeichnete sich dadurch aus, dass die Ganglienzellen nekrotisch sind; auch der Tractus ist atrophisch. —

Wir haben also ein Zusammentreffen einer vollständigen Vernichtung der primären optischen Centren mit einer vollständigen corticalen Hemianopsie.

2. *Kunstmaler*: 5 J. vor dem Tode Apoplexia. Incomplete Hemianopsie, mit Freilassung des Fixationspunktes, Alexie und Verlust der visuellen Phantasie. (Patient hatte verlernt zu componiren.)

Section: Läsion im Mark des gyr. angularis und im Mark des Praecuneus.

Wir haben also eine incomplete Hemianopsie mit einer partiellen Erkrankung innerhalb des Occipitalhirns, und zwar finden wir die Gegend der macula lutea frei entsprechend dem Intactsein des Cuneus und der anliegenden Occipitalwindung.

M. zieht den Schluss, dass für die Macula lutae der Cuneus und lob. lingualis von grosser Bedeutung sind. Die Annahme von Nothnagel, dass nur Verletzungen des Cuneus Hemianopsie zu erzeugen im Stande sind, bedarf einer Erweiterung, insofern als auch der gyrus angularis sich an der Sehsphäre betheiligt.

Es zeigte sich auch eine secundäre Degeneration im dorsalen Abschnitt der Gratiolet'schen Fasern und im medialen Theile des Corpus genicul. int. und in einem Theile des Pulvinar. M. ist der Meinung, dass, wenn corticale Hemianopsie zu Stande kommt, auch die Ausschaltung des Corpus geniculatum ext. und des Pulvinar nothwendig ist.

Discussion: Bruns (Hannover) berichtet über einen einschlägigen, allerdings nur klinisch beobachteten Fall:

Ein Knabe hatte vor 9 Jahren eine schwere Schädelverletzung erlitten; bald darauf soll er schlecht gesehen haben. An der Stelle der Depression hatte sich eine Hirnpulsation gebildet ohne allgemeine cerebrale Erscheinungen B. fand einen Schädeldefect mit Hirnpulsation, der auf das Gehirn übertragen eine Stelle einnimmt, die dem unteren Scheitelläppchen entspricht. Es fand

sich keine Verletzung der Haut. Klinisch fand sich sonst nur linksseitiger Fussclonus, Ausfall der linken unteren Gesichtsfeldhälfte, einfache graue Sehnervenatrophie beiderseits ohne Zeichen einer Neuritis, grosse Herabsetzung der Sehschärfe. Man kann wohl den Ausfall des Gesichtsfeldes auf die Gehirnrindenläsion beziehen. Der Gesichtsfelddefect war übrigens nach unten also ein Ausfall der oberen Retinahälfte, was übereinstimmt mit der Ansicht von Munk und Schäfer, dass die vorderen Partien der entsprechenden Retinahälfte entspricht. Auch die Sehnervenatrophie ist in diesem Falle auf die Hirnläsion zu beziehen.

B. hat öfters Fälle von cerebraler Kinderlähmung gesehen, wo sich ausser andern Symptomen Gesichtsfelddefecte und Sehnervenatrophie fanden.

(Schluss folgt.)

III. Referate und Kritiken.

221) **Perlia** (Frankfurt a. M.): Die Anatomie des Oculomotoriuscentrums beim Menschen. (Arch. f. Ophth. XXXV, 4, S. 283—308.)

Die Kerngruppe des Oculomotorius liegt, in einer sagittalen Ausdehnung von ca. 10mm., unterhalb des Aquaeductus Sylvii, nach vorne bis unter den Boden des hintersten Theiles des 3. Ventrikels, nach hinten (caudalwärts) bis an den Trochleariskern sich erstreckend. Sie wird zweckmässig eingetheilt in eine kleine Vorder- und eine grössere, hintere oder Hauptgruppe.

Die *Vordergruppe* besteht aus jederseits 2 Kernen: dem Nucleus medianus ant. und dem Nucleus lateralis ant. (Darkschewitsch).

Die Hauptgruppe umfasst:

I. jederseits 3 Doppelkerne, nämlich
   1. den kleinzelligen Edinger-Westphal'schen Kern.
   2. den grosszelligen dorsalen Doppelkern.
      (a. Nucl. dors. I. s. ant.
      b. „ „ II. „ post.).
   3. den grosszelligen ventralen Doppelkern.
      (a. Nucl. ventr. I. s. ant.
      b. „ „ II. „ post.).

II. einen unpaarigen, in der Medianlinie, zwischen den Doppelkernen beider Seiten gelegenen, grosszelligen „Centralkern".

Aus diesen Kernen entspringen die Fascikel des Nerv. oculomotorius ungekreuzt. Nur die dem hinteren Dorsalkern entstammenden Zweige verlaufen zum Nerven der entgegengesetzten Seite, was schon Merkel und Gudden gesehen haben und Verf. experimentell mit Hülfe der Marchi'schen Methode aufs Schönste bestätigen konnte. (Diese Methode scheint überhaupt noch manche interessante Aufschlüsse zu versprechen. S. d. Original, Nachtrag).

Ausserdem stehen mit den Kernen des III. in Verbindung die hinteren Längsbündel, dicke Fasern, welche unterhalb der Kerne vorwiegend in sagittaler Richtung caudalwärts zielen und vielleicht zur associatorischen Verknüpfung der Augenmuskelkerne (III., IV., VI.) dienen.

Vom vorderen Lateralkern verlaufen Fasern zum vorderen Mediankern, ferner zur Hauptgruppe, sowie zur hinteren Commissur, welch letztere von

Darkschewitsch als die Vermittler der reflectorischen Pupillenreaction angesprochen werden. Dem gegenüber steht Westphal, welcher in der nach ihm und Edinger benannten kleinzelligen Kerngruppe das Centrum für die inneren glatten Augenmuskeln gefunden zu haben glaubt. Weitere path.-anat. Befunde zur Klärung der Frage nach der Bedeutung der einzelnen III. Kerne bleiben abzuwarten. E. Heddaeus (Essen).

---

222) **Ottomar Rosenbach** (Breslau): Ueber Empfindungen und Reflexbewegungen, welche bei Rückenmarkskranken durch die Summation schwacher Reize ausgelöst werden. (Deutsch. Med. Wochenschr. 1889 Sonderabdruck.)

Die unter allen Cautelen angeführten zahlreichen Beobachtungen des Verf.'s, welche die Auslösung von taktilen Empfindungen und Reflexbewegungen durch die Summation schwacher unterhalb der Schwellenwerthe liegender sensibler Erregungen betreffen und, da bei normalen Menschen so schwache Reize nicht leicht producirt werden, an Kranken mit herabgesetzter Sensibilität, also namentlich an Rückenmarkskranken, angestellt worden sind, ergaben folgende Resultate:

1) Es findet eine Summation der schwachen Reize statt, denn die Patienten markiren mit grösster Exaktheit nach einem gewissen individuell verschiedenen und von der Stärke des Reizes abhängigen Intervalle, die Empfindung eines taktilen Reizes.

2) Die Intervalle sind um so kleiner, je stärker der Reiz ist d. h. je mehr er sich dem Schwellenwerthe nähert.

3) Die Intervalle nehmen an Grösse ab, wenn mit der Reizung ohne Aufhören fortgefahren wird, trotzdem der Patient die Perception jedesmal markirt, sie bleiben annähernd gleich, wenn nach jeder Perception eine längere Pause in der Reizung eintritt.

4) An beiden Unterextremitäten sind die Intervalle zwischen 2 Perceptionen nicht gleich.

5) Wenn der Zustand des Kranken sich temporär bessert, so werden die Intervalle wesentlich kürzer und es kommt schliesslich zu einem Sinken des Schwellenwerthes (zugleich mit einer wesentlichen Besserung der ataktischen Symptome).

6) Die Summationsreize, namentlich diejenigen, welche in gleicher Intensität fortdauernd angewendet werden, obwohl der Untersuchte nach gewissen Intervallen eine Perception markirt, haben fast immer grössere oder geringere Reflexbewegungen in der gereizten oder der anderen Extremität zur Folge.

7) Bisweilen erfolgt die Zuckung in dem nicht gereizten Beine, früher als die Perception des Reizes in der gereizten Extremität; in anderen Fällen erfolgt nach einer gewissen Dauer der Reizung eine kleine Zuckung von Seiten des erregten Fusses, die dem Patienten nicht zum Bewusstsein kommt, während die nach einem kürzeren oder längeren Intervalle erfolgende zweite stets intensivere Reflexbewegung fast synchron ist mit dem Signal welches die Perception anzeigt.

8) Eine Congruenz in der Stärke der sich summirenden Reize und der Reflexbewegung ist nicht deutlich ausgesprochen; doch scheint mit der Dauer der continuirlichen Reizung die Reflexzuckung schneller ausgelöst zu werden.

Die vorletzte Beobachtung, dass die Reflexbewegungen eher ausgelöst werden können als die subjective Empfindung des Reizes, beweist dass die Summation nicht in den peripheren Nerven, sondern grösstentheils im Rückenmark stattfindet.

Zur Erklärung der gefundenen Resultate bedient sich R. der Hypothese, dass der Schwellenwerth etwa diejenige Kraftmenge repräsentirt, welche erforderlich ist die gesammte Nervenbahn oder einzelne Strecken derselben in den Zustand der Leitungsfähigkeit zu versetzen d. h. eine gewisse regelmässige Anordnung der Nervenmoleküle oder andere der Fortpflanzung der Erregung hinderliche Widerstände aufzuheben. Nachdem einmal die zur Ueberwindung der Leitungswiderstände nöthige Kraftsumme durch wiederholte Reizungen erreicht worden ist, erfolgt die Entladung jedesmal dann, wenn die erregenden Impulse um eine bestimmte Grösse anwachsen, welche annähernd constant ist, weil sie nicht mehr als Arbeitsleistung zur Eröffnung der Leitung aufgewandt wird, sondern, wenn dieser Effect erst erzielt ist, einzig und allein der sensiblen und motorischen Reizung dienen kann.

Hoppe (Allenberg).

---

223) **Zwaardemaker** (Utrecht): De tastruimte van de hand. (Der Tastraum Hand.) (Nederl. Tijdschr. voor Geneeskunde 1890 No. 18.)

In seinen ersten Untersuchungen über den Tastraum der Hände (Pflüger's Archiv, Band 41. 1884) kommt Loeb zu dem Schlusse, dass die für gleich geschätzten Längenstrecken, welche beide Hände bei geschlossenen Augen in gradliniger Richtung, von einem, in der nach vorn fortgesetzt gedachten Sagittalebene gegebenen, Punkte beiderseits ausführen, stets ungleich ausfallen, und zwar bei Rechtshändigen grösser für die rechte, bei Linkshändigen für die linke Hand. Z. meint, es handle sich dabei um eine Sinnestäuschung im Bereich des Gefühls-, nicht des Muskelsinns. In pathologischen Fällen kann diese Differenz gleichgeschätzter Fühlstrecken beider Hände ausserordentlich gross werden.

In späteren (1887) an etwas complicirtere Aufgaben durchgeführten Untersuchungen fand Loeb, dass die faktische Bewegung von der intendirten stets abweicht, und zwar je nach der Anspannung der Aufmerksamkeit, und der Lage des Tastfeldes in positivem oder negativem Sinne. Für das Urtheil scheinen dabei nur zwei Factoren entscheidend zu sein 1. die *Zeitdauer* der den Tastsinn erregenden Bewegung und 2. der Willensimpuls für die Bewegung, während die (für die Weite der Excursion aufgewandte) Geschwindigkeit das Urtheil nicht modificirt. Aus Loebs Definition vom Tastraum[1]) folgt, dass die Medianfläche des Körpers sie in zwei Hälften theilt. Es ist nun die Frage, ob diese Hälften symmetrisch genannt werden können, nicht allein was ihre allgemeine Form betrifft, sondern auch mit Bezug auf alle Unterabtheilungen. Um dies zu ergründen stellte sich Ostermann mit geschlossenen Augen vor einen verticalen Zeichentisch. In jede

---

[1]) Vgl. die Dissertation eines Schülers von Loeb, Ostermann: Die Symmetrie im Fühlraum der Hand. Würzburg 1888.

Hand nahm er einen Stift, durch eine andere Person wurde der eine Stift so geführt, dass er eine Figur zeichnete, und zugleich versuchte Ostermann, eine entsprechende Bewegung mit der anderen Hand auszuführen; was ziemlich gut gelang, auch ungeübten Personen. Man sieht zwei Figuren entstehen, die mit Bezug auf die Medianfläche symmetrisch sind. Wenn man sich auf dieselbe Weise Figuren zu zeichnen bemüht, die mit Bezug auf die Querfläche symmetrisch sein sollen, so gelingt dies weniger gut, während es ganz unmöglich ist, sie mit Hinsicht auf eine horizontale Fläche, symmetrisch zu zeichnen. Nur, wenn man sich in liegender Haltung vor dem Tische duckt, kann man dabei die gröbsten Fehler vermeiden. Selbst bei langsamem Zeichnen wird man sehr schnell verwirrt, während bei schnellem Vorzeichnen reizbare Personen nicht nur ganz unsicher sondern auch mehr oder weniger schwindlig werden. Ebensowenig besteht ein Gefühl für centrische Symmetrie.

Diese Expirimente, bilden das unverarbeitete Material, auf welches Loeb seine Lehre vom Fühlraum der Hand aufbaut. In einer andern Arbeit, (Pflüger s. Archiv Bd. 46. Heft 1 u. 2) wurden die bereffenden einfachen Experimente in extenso analysirt, und weitreichende Schlüsse daraus abgeleitet. Die Differenz zwischen den Bewegungen, die die Versuchsperson bezweckt hat und denen, die wirklich stattfinden, wird dadurch verursacht, dass man seine Abschätzung nach dem Willensimpuls richtet, während dieser doch nicht mehr unter allen Umständen dieselben Resultate hat. Wenn, z. B. eine Muskel schon vorher etwas zusammengezogen ist, so hat eine Innervation von bestimmter Stärke geringere Wirkung, als wenn der Muskel vollständig innervationslos war. Nun gehen häufig beabsichtigte Bewegungen nicht vom Ruhezustand sondern von gewissen Contractionsgraden einiger betheiligter Muskeln aus, schon ehe die eigentliche Bewegung beginnt. Noch complicirter wird das Verhältniss durch die Antagonisten, die im allgemeinen um so mehr gespannt sein müssten je mehr die eigentlichen Beweger contrahirt sind. Macht der letztere Factor an sich schon die Schätzung unsicher, so wird sie es noch viel mehr durch den erstgenannten. Aus diesen Gründen ist es also herzuleiten, dass die Bewegungen nicht den Erwartungen entsprechen, und dass sie namentlich in den Fällen, worin mit verkürzten Muskeln begonnen wird, zu klein ausfallen. Wenn man deshalb mit zwei Händen gleiche Bewegungen ausführen will, so müssen die Ausgangspunkte übereinstimmen, andernfalls entstehen bei gleichen Innervationen ungleiche Entfernungen. Es ist der Grad der Verkürzung, nicht der Spannung, der dabei den Ausschlag giebt. Loeb führte einige Experimente aus, bei denen eine Hand durch Gewichte beschwert war, so dass bei gleicher Länge ganz verschiedene Spannung der Muskeln vorhanden war.

Die bedeutende Rolle des Zustandes der Muskeln bei der Abschätzung von Grössenverhältnissen, gilt ebenso für die Beurtheilung von Richtungen.

In der That wird die Richtung einer Bewegung aus der Art und Grösse der einzelnen Bewegungen erkannt. Die zusammengesetzten Bewegungen werden in ihre einzelnen Componenten aufgelöst, und jede für sich abgeschätzt.

Endlich gelten dieselben Gesetze für Augenbewegungen. Der Willensimpuls und der anfängliche Verkürzungsgrad sind auch hier die entscheidenden Momente. Diese Erwägungen geben Loeb die Veranlassung, die Ei-

genschaften unseres Fühlraumes mit analogen Eigenschaften des Gesichtsfeldes (resp. Hering's Gesichtsraumes) zu vergleichen.[1])

In einer est kürzlich erschienenen Abhandlung wurde nun auch die Bedeutung der Bewegungs-Geschwindigkeit einer genauen Prüfung unterzogen. (J. Loeb und A. von Koranyi „Ueber den Einfluss der Schwerkraft auf den zeitlichen Verlauf der geradlinigen Willkürbewegungen unseres Arms, Pflügers Archiv, B. 46. 143. 1. 101)

Wenn wir unsern Arm heben, so verrichten wir eine Arbeit gegen die Schwerkraft. Bewegen wir dagegen den Arm nach unten, so besteht zunächst die Möglichkeit, dass wir, um Muskelarbeit zu sparen den Arm einfach fallen lassen, und gegen das Ende des Fallens die Bewegung einfach aufhalten. Andrerseits ist es denkbar, dass durch die Schwerkraft reflectorisch die Innervation der Armmuskeln geweckt wird, welche die Fallbewegung bestimmt und regelt. Die Experimentatoren belegten nur einen Zeichentisch mit einer Anzahl horizontaler Metallbänder, die in eine electrische Leitung eingeschaltet waren, wovon auch der Zeichentisch einen Theil bildete. Sobald der Stift über eines der Metallbänder geleitet, ist die Kette geschlossen. Dieser Stromschluss wird chronoskopisch registrirt. Es scheint nun, dass zwischen aufwärts und abwärtsführenden Bewegungen kein zeitlicher Unterschied besteht. In beiden Fällen wird die Hälfte des Weges in der Hälfte der Zeit zurückgelegt. Ueberdies ist in der ersten Hälfte die Schnelligkeit eine abnehmende, in der zweiten Hälfte eine beschleunigte, während sie in der Mitte beinah gleichmässig ist. Es ist ganz klar, dass eine solche Bewegung der Art nach mit den Pendelbewegungen übereinstimmt. Jede gradlinige Bewegung unseres Arms besitzt diese Eigenschaft. Die einzige Bedingung ist, dass die Bewegung nicht passiv, sondern willkürlich ist. Von den zwei Möglichkeiten, die hier gegeben sind, ist in unserer Organisation die zweite erfüllt. Nicht die Schwerkraft lässt unseren Arm nach psychischen Gesetzen niederfallen, wenn wir ihn abwärts bewegen, sondern fortwährende reflectorische Muskelcontractionen regeln die Schnelligkeit des Sinkens bis in die Einzelheiten. Selbst wenn wir die Schwerkraft vermittelst Gewichten (bis zu 5 Kilo) zu verstärken suchen, wird dies psychische Gesetz nicht verändert.

Wir finden hier eine deutliche Analogie mit Schwingbewegungen des Beins beim Gehen. Mechanische Schwingung ist bei der willkürlichen Armbewegung ganz ausgeschlossen und die merkwürdige Erscheinung ist allein durch sorgfältig coordinirte Muskelcontractionen erklärlich. Wenn der Impuls zur Veränderung der Handstellung gegeben ist, tritt der ganze Complex von Contractionen ins Werk, und in demselben Augenblick ist die ganze Bewegung schon bis in alle Einzelheiten bestimmt, nicht allein was die Richtung, sondern auch was den Umfang betrifft. Kurella.

---

224) **S. Fubini**: Tremor. (Molleschotts Untersuchungen zur Naturl. Bd. XIV. 1889.)

F. schildert eine Methode der Registrirung des pathologischen Zitterns, die an Mosso's Plethysmographen erinnert, indem der Arm des Patienten in einen Glasärmel eingeschlossen und die in demselben enthaltene Luft mit einer Marey'schen Kapsel in Verbindung gebracht wird, die in bekannter Weise ihre Druckschwankungen und damit die Curve des Tremors auf einer

[1]) Vergl. das Referat 182 in voriger Nummer. K.

Kymographiontrommel registrirt. Diese Methode kann sowohl bei Ruhe-Tremor, als auch bei Intentions-Zittern angewendet werden (man lässt z. B. die Hand probeweise zur Faust ballen) und ist der Methode, den Tremor an der Schrift zu untersuchen, oder mit einem registrirenden Dynamometer, überlegen.

Fubini weist darauf hin, dass die Ursachen des Zitterns noch ganz im Dunkeln liegen. Vermuthlich beruht das senile Zittern auf geschwächter, das Zittern im Affect auf verstärkter Innervation; in andern Fällen kann die Erscheinung einen peripheren Ursprung haben, wie z. B. das künstliche Zittern, das man hervorbringt, wenn man den Arm in Wasser taucht, das eine Temperatur von 48—50° hat, — oder wie das Zittern der Gesichtsmuskeln und der Zunge nach Durchtrennung des Facialis und Hypoglossus. Was das pathologische Zittern betrifft, so enthält sich F. jeder Erklärung. Näher untersucht hat er den für paralysis agitans und „sclérose en plaques" charakteristischen Tremor; ferner den bei Morbus Basedowii und im Stadium algidum bei der Intermittens vorkommenden Tremor endlich den Intoxications-Tremor (Alcohol, Blei, Quecksilber, Morphium). F. giebt Abbildungen von Curven des Tremor senilis und des Tremor paralyticus, ferner von Zittern bei Hysterie, progressiver Paralyse, und bei Paralysis agitans. Wenn in letztgenannten Fällen die Arme mit Hülfe der Esmarch'schen Binde blutlos gemacht werden, nahm die Amplitude wesentlich ab, der Typus der Bewegung blieb jedoch unverändert. Kurella.

225) **Rosenbach** (Breslau): Sehnenphänomene und diagnostische Bedeutung der Muskelreflexe. (Sep.-Abdruck aus der Real-Encyklopädie der ges. Heilk. II. Aufl.)

Die Abhandlung hat den Vorzug, welchen man leider nicht bei allen Artikeln der Eulenburg'schen Realencyklopädie finden und rühmen kann, dass sie alles Wissenswerthe über den betreffenden Gegenstand in klarer, prägnanter und vollständiger Darstellung enthält, eine solche zusammenfassende Darstellung der Sehnenphänomene und Muskelreflexe in normalen und pathologischen Zuständen fehlte bekanntlich bisher.

Der Inhalt ist kurz folgender: Zunächst werden die einzelnen Reflexe und die Methoden zu ihrer Hervorbringung in 3 Gruppen (bilaterale, unilaterale und tiefe Reflexe) behandelt, dann die Bedeutung der Reflexe und der quantitativen und qualitativen Veränderungen, die sie erfahren, für die Diagnose der Affectionen des Centralnervensystems, immer unter Hinweisung auf die physiologischen Verhältnisse, erörtert. Speciell wird das Verhalten der Reflexe nach den verschiedenen Localisationen beschrieben und erklärt und zwar: 1) bei Neurosen allgemeiner Natur, 2) bei Gehirnkrankheiten (mit Berücksichtigung des Schlafs und der Narkose), 3) bei Rückenmarkskrankheiten, 4) bei Affectionen der peripheren Nerven. Das Ganze schliesst eine Literaturübersicht über die wichtigsten, namentlich von allgemeinen diagnostischen Gesichtspunkten ausgehenden Arbeiten. Hoppe (Allenberg).

226) **Guyon et Dudefoy**: Les diabètes glycosuriques. Leçon recueillie. (L'union médicale 1890 Nro. 13.)

Es giebt 3 Arten von Diabetes, 1. der von Claude-Bernard beschriebene, der nach einem Trauma oder einer Laesion des Nervensystems auftritt, 2. der mit einer Erkrankung des Pancreas einhergehende, den Namen dieses Organs führende diabète pancréatique und 3. der constitutionelle Dia-

betes, der von den beiden vorhergehenden Formen ganz verschieden ist und mehr oder weniger in Zusammenhang mit dem chronischen Rheumatismus steht, daher er diabète arthritique genannt wird. Exquisit hereditär tritt die Glycosurie bei letzterer Form doch erst im Mannesalter nach dem 30. Lebensjahre, selten schon zur Pubertätszeit, und fast immer nach einer Periode mehr oder weniger starker Fettleibigkeit, die als erstes Stadium des Uebels bezeichnet werden kann. Diese zeigt sich bei Frauen im 21., bei Männern gegen das 25. Lebensjahr, nimmt allmählig ohne besondere Störung der Gesundheit zu und gegen das 30. Jahr tritt ein gewöhnlich nicht allzustarker Durst oder mässige Polyurie und Glycosurie auf. Die Glycosurie ist variabel und abhängig von der intellectuellen und physischen Arbeit des Kranken, sie nimmt zu unter dem Einfluss heftiger Emotionen, vermindert sich bei einem diätetischen-hygienischem Régime. Die Oboesität bleibt bestehen, doch zuweilen magert der Kranke für eine Zeit lang ab, um dann wieder seinen alten Umfaug zu erreichen; so kann sich der Erkrankung 20, 30—40 Jahre hinziehen und führt an sich selbst den Tod selten herbei, der meistens in Folge von Complicationen eintritt, Anthrax, Erysipel, Pneumonie, Tuberculose, Lungengangrän, Nephritis, obgleich auch diese seltener bei dieser Form sind, oder durch eine Haemorrhagie oder Erweichung im Gehirn. Diese Form des Diabetes ist weniger eine selbstständige Erkrankung, als vielmehr ein Symptom, das mit Migräne, Hämorrhoiden, chronischen Rheumatismus etc. in die grosse pathologische Familie des Herpetismus gehört und wie alle diese Erscheinungen von einer primären Störung der Innervation abhängen. Diese Auffassung der Diabetes giebt auch die Erklärung für verschiedene pathologische Coïncidenzien, die man fälschlich der Glycosurie zugeschrieben hat, z. B. die Ischias, die nicht von der Glycosurie erzeugt wird, sondern nur ein begleitendes Symptom ist. Damit erklären sich auch die cerebralen Symptome, die häufig bei vorgeschrittener Diabetes auftreten, sie sind nur Folge der Arteriosclerose, das gleiche ist der Fall mit der Albuminurie und der Neuroatrophie. Diese Form ist, wie schon bemerkt wurde, exquisit hereditär und wie sie häufig coëxistirt mit deformirender Arthritis, so ist sie auch vorzugsweise in der Descendenz von Rheumatikern zu finden. Erschöpfung, Emotionen, venerische Excesse begünstigen ihr Auftreten; der Verlauf ist langsam und intermittirend, die Kranken erreichen oft ein Alter von 70—80 Jahren, obgleich sie seit dem 30. oder 40. Lebensjahre an dem Leiden erkrankt sind. Die Form ist leicht zu erkennen, abgesehen von der Entwickelung durch die begleitende oder ihr vorhergehenden Affectionen. Die Grundlage der Behandlung bildet Hygiene, azotisches Regimen, Muskelarbeit, Luft, und Wasserproceduren. Holtermann.

---

227) **A. Schapringer:** Enophthalmus traumaticus mit dem Ausgange in Genesung. (Aus der New-Yorker „Med. Monatsschrift“, Juni 1890.)

Bei einem 7 jährigen Mädchen stellten sich nach einem Stoss gegen die r. Schläfe Ptosis, Enophthalmus und Verminderung der Spannung des r. Auges ein. Die Erscheinungen werden von der Mutter des Kindes 2 Stunden, von dem Arzt (Verf.) etwa 5 Stunden nach der Verletzung constatirt und waren nach 3 Tagen wieder vollständig zurückgegangen. Sie konnten also unmöglich auf Druckschwund des Fettpolsters der Augenhöhle

oder Narbenretraction zu beziehen sein, sondern verdankten ihre Entstehung wahrscheinlich einer Läsion der peripherischen Kopfzweige des Sympathicus, vielleicht der sympathischen Wurzel des Ganglion ciliare. In letzterer sind die pupillenerweiternden Fasern des Sympathicus (Trigeminus?) nicht enthalten, daher die Pupille des r. Auges nicht verengt war. Verf. vermuthet, dass die von Nieden, Gessner (Arch. f. Aug. XVIII.) u. A. mitgetheilten Fälle von Enophthalmus nach Kopftrauma in ähnlicher Weise zu deuten seien, und vergleicht mit ihnen die Fälle von Enophthalmus nach Verletzung des Halssympathicus (Bärwinkel, Möbius, James, Israël, Ernst Remak), sowie bei spontaner Sympathicuslähmung Horner'scher Symptomenencomplex) und bei der Hemicranie. Heddaeus (Essen).

---

228) **Bullen** (West-Riding Asylum, Wakefield): An abstract of 1565 post mortem examinations of the brain performed at the Wakefield Asylum during a period of eleven years. (Auszug aus 1565 Gehirnsectionen.)

(The Journal of mental science. Jan. 1890.)

B. giebt eine Zusammenstellung der Abnormitäten, welche bei 1565 Gehirnsectionen zur Beobachtung gekommen sind. Die Obducenten waren in der Mehrzahl der Fälle J. Crichton-Browne, Herbert Major und Bevan Lewis.

Berücksichtigt werden zunächst die Unregelmässigkeiten des Schädels, Asymmetrie, Form, Dicke und Blutgehalt desselben, ferner die Veränderungen der Häute. Die Häufigkeit des Vorkommens von Verklebungen der Pia mit der Hirnrinde ist nach den Lokalisationsstellen geordnet angegeben; durch zwei Diagramme sind diese Verhältnisse leichter verständlich gemacht. Was die verschiedenen Krankheitsformen betrifft, so wurden die Adhäsionen der Rinde am häufigsten bei der allgemeinen Paralyse — bei 61% — constatirt, am wenigsten häufig bei secundärer und seniler Demenz, nämlich nur bei 2,6%.

Des weiteren geben mehrere Tabellen über die Häufigkeit Auskunft, mit welcher subdurale Blutungen, Gehirnschwund, Consistenzverminderung, Ventrikelerweiterung, Atheromatose der basalen Gefässe in den verschiedenen Krankheitsformen — allgemeine Paralyse, Demenz, Demenz mit Melancholie, Epilepsie, acute und chronische Manie, Imbecillität, — vorkamen. Das Verhältniss der subduralen Blutungen zum Hirngewicht, zum Lebensalter und das Vorkommen derselben in den verschiedenen Hirngebieten wird im weiteren Verlauf der Arbeit besprochen; die letzteren Beziehungen auch wieder durch eine Zeichnung leicht übersichtlich gemacht. Es folgen dann Angaben über die Häufigkeit der Verletzungen der basalen Ganglien, der Kapsel, der Vormauer sowie Tabellen über die Gewichtsverhältnisse des Gehirns und einzelner Hirntheile bei den verschiedenen Krankheitsformen.

Alsdann geht Verf. auf das Vorkommen der Atheromatose der basalen Gefässe und der Varietäten in dem Verlauf derselben ein, bespricht ferner die Erweiterung der Ventrikel und die Körnung ihres Ependyms. Endlich werden die Veränderungen angeführt, welche bei der acuten und chronischen Manie und Melancholie, bei der allgemeinen Paralyse und der Epilepsie zu den häufigen Befunden gezählt werden konnten.

Des Näheren muss auf die Originalarbeit verwiesen werden.

Ascher.

---

229) **Charcot**: Cas de Syringomyélie gliomateuse. — Simulation hystérique de la syringomyélie. (Leçons du mardi à la Salpêtrière. Tome II. 1890 pag. 487.)

I. Fall. 38jähriger Mann. Seit dem 17. Jahre Entwicklung einer Scoliose, seit 5 Jahren Schwäche und Abmagerung in der rechten Hand und fibrilläre Zuckungen daselbst. Diese Erscheinungen dehnten sich allmählich weiter aus auf die Ober- und Unterextremitäten mit theilweiser Aufhebung der elektrischen Erregbarkeit resp. Entartungsreaction. Tastempfindung normal, Schmerzempfindung überall vermindert, herabgesetzt oder erloschen. Wärme- und Kälteempfindung am linken Arme und bis über die Kniee aufgehoben, sonst mehr oder weniger abgestumpft. (Ihre Bestimmung geschieht durch über einer Lampe erwärmten Metallcylinder, welche mit Kupferfeile gefüllt einen Thermometer entfalten.) Muskelsinn, sensorische Funktionen in Ordnung. Rigidität im rechten Hüftgelenk und Cystitis seit mehreren Jahren. Verlauf langsam, progredient.

II. Fall. 48 jährige Frau, vor 10 Jahren mit Mukelschwäche und Atrophie in beiden Händen erkrankt, seit 5 Jahren unverändert. Es bestehen Schwäche, Atrophie, fibrilläre Zuckungen an beiden Oberextremitäten, auch Rigidität in einzelnen Gelenken. Unterextremitäten frei. Tastempfindung normal. Analgesie an beiden Armen, Kälte- und Wärmeempfindung fehlt auch noch auf den oberen Brust- und Rückentheilen. Leichte Scoliose nach rechts. Wiederholte Pleuritis.

III. Fall. Bezüglich der Differenzial-Diagnose zwischen Hysterie und Syringomyelie wird zunächst folgendes bemerkt. Die Dissociation der verschiedenen Hautempfindungen kommt nicht allein bei S. vor, sondern auch bei hysterischer Anaesthesie, sei sie natürlich oder durch Hypnose bedingt. Die hysterische Anaesthesie betrifft gewöhnlich alle Qualitäten. Unter 17 aufs gerade Wohl herausgenommenen hysterischen Hemianaesthesien, Männern und Frauen, fand indess Charcot sechs, bei denen es nicht der Fall war. Zwei davon hatten eine chronische Anästhesie, die vier anderen zeigten Aehnlichkeit mit der Syringomyelie, indem nur die Tastempfindung vorhanden war, Schmerz- und Temperaturempfindung fehlten und zwar war dies zweimal natürlich, zweimal durch Hypnose hervorgerufen. — Die örtliche Vertheilung der Störungen ist bei bei beiden Krankheiten eine mannigfaltige. — Sensorische Störungen werden bei S. nicht beobachtet, brauchen bei Hysterie auch nicht immer da zu sein. Trophische Störungen sind endlich neuerdings auch bei Hysterie nachgewiesen worden.

Der folgende Fall von Hysterie, den Charcot mittheilt, täuschte eine Syringomyelie nach gewissen Richtungen vor. Er betrifft einen 46 jährigen Mann ohne Heredität, der vor 3 Jahren mit täglich öfter wiederkehrenden Schwindelanfällen und schreckhaften Träumen erkrankt. Zur Zeit ist seine rechte Hand gelähmt, ödematös, Tastempfindung und Muskelsinn sind daselbst erhalten, Schmerz-, Wärme- und Kälteempfindung verschwunden. Auch das untere Fünftel des Unterarmes nimmt daran Theil. Während diese Befunde Aehnlichkeit mit denen der Syringomyelie haben, sichern manche Momente die Diagnose der Hysterie. Vor 3 Jahren war dieselbe Lähmung etc. schon einmal plötzlich im Schlaf entstanden, auch die Tastempfindung fehlte. Die Lähmung verschwand nach 12 Monaten plötzlich, die Sensibilitätsstörung allmählig. Die jetzige Lähmung ist auch plötzlich entstanden und dauert

schon 3 Monate. Dies plötzliche Auftreten und Verschwinden von Erscheinungen kommt bei Syringomyelie nicht vor. Ausserdem fehlte rechts der Geschmack. Später stellten sich noch grosse hysterische Anfälle ein und eine hysterogene Zone an der linken Flanke, eine Gesichtsfeldeinschränkung, besonders rechts, und andere sensorische Störungen. Otto.

---

230) **A. Pick** (Prag): Ueber cystöse Degeneration des Gehirns. (Archiv f. Psych. XXI. 3. p. 910.)

(Bereits in der neurologischen Section der Heidelberger Naturforscherversammlung mitgetheilt.) Die cyst. Degeneration wurde in 8 Fällen (ganz verschiedene Psychosen!) gefunden. Langreuter.

---

231) **Förster** (Breslau): Ueber Rindenblindheit. (Arch. für Ophth. 36 1.)

Ein 44 jähriger Postsecretär wird am 24. XI. 1884 von einer *rechtsseitigen* Hemianopsie befallen. Die Grenzlinie verläuft vertical durch den Fixirpunkt, nur um letzteren selbst biegt sie um etwa 1—2° nach der Seite des Defects hin ab. S anfangs $^1/_8$, später annähernd normal. Kein Unterschied in der RE beider Netzhauthälften (keine hemiopische Pupillarreaction). Im August 1889, also fast 5 Jahre später, kam bei demselben P. in Folge einer heissen Gebirgstour im Verlauf von 3 Tagen auch *linksseitige* Hemianopsie zur Entwicklung. Von dem ganzen Gesichtsfeld beider Augen functionirte jetzt nur noch ein ausserordentlich kleiner centraler Theil von $1—2^1/_2{}^0$ Ausdehnung um den Fixirpunkt herum (im Ganzen 3° in der Horinzontalen, 2° in der Verticalen). Dabei S $^1/_3$, sehr schlechtes Orientirungsvermögen. *Farbensinn erloschen* (alle erscheinen heller oder dunkler grau). Pupillen 4 mm weit, von schwacher Lichtreaction. Ophth. Befund (6 Wochen nach dem 2. hemianopischen Insult) normal, nur die Papillen im Anfang etwas hyperämisch, später, auch noch nach 4 Monaten, normal. Ausser Gedächtnissschwäche keine sonstigen Gehirnerscheinungen, nichts von Aphasie, Alexie, Agraphie. Kein umfassender Defect der optischen Erinnerungsbilder, nur die Fähigkeit, sich die gegenseitige Lage der Dinge im Raume vorzustellen (das *Ortsgedächtniss*) war ihm in hohem Grade verloren gegangen, u. zw. nicht allein in Folge seines kleinen Gesichtsfeldes. Nach dreiwöchentlichem Aufenthalt in seinem Krankenzimmer war ihm die Topographie desselben noch nicht in der Vorstellung gegenwärtig. Ebensowenig wusste er seine eigene Wohnung, sein Amtslocal etc. in Bezug auf die Lage der Thüren, Fenster, Moebel etc. zu beschreiben.

Verf. diagnosticirt doppelseitige Hemianopsie, bedingt durch Thrombosirung der Hauptarterien in beiden Occipitallappen, und zieht aus dem Fall folgende Schlüsse:

1. Die bei homonymer Hemianopsie so häufige *Abweichung der Trennungslinie nach der defecten Seite hin* beruht nicht auf einer Vermischung der Elemente beider Tractus optici in der Retina, sondern auf der günstigen Gefässversorgung der Stelle des schärfsten Sehens in der Occipitalrinde. (Wenn dem so wäre, so müsste bei jeder *Tractus*-hemianopsie die Trennungslinie genau vertical durch F. gehen, das entspricht aber nicht der Thatsache z. B. in einem Fall von Hirschberg (Virch. Arch. 65, S. 116) (Ref.).

2. Doppelseitige Hemianopsie ist nicht nothwendig verbunden mit *völligem Verschwinden* der Function in beiden Gesichtsfelderhälften beider Augen. (*Totale* doppelseitige Hemianopsie doch wohl? Ref.)

3. Die Rinde der Occipitallappen beherrscht die *topographischen Vorstellungen.*

4. Zur *Farbenunterscheidung* genügt bei voller Integrität der Netzhaut nicht die Function eines kleinen Rindenbezirks. Die Farbenunterscheidung erlischt bei gestörter Ernährung der Rindenelemente leichter als die Unterscheidung der Formen kleinster Buchstaben.

5. Vernichtung der Rindensubstanz im Occipitallappen *ruft nicht Atrophie der Sehnerven* hervor. (Letzte Beobachtung $4^1/_2$ Monate nach dem 2. Anfall.)

Heddaeus (Essen).

---

232) **Wiesman** (Herisau): Paraplegie sämmtlicher Extremitäten, bedingt durch einen Cysticercus zwischen den Hirnschenkeln.

(Correspbl. f. schweiz. Aertzte 1890. 11.)

Cysticerken im Schädelraum gehören nicht gerade zu den seltenen Sectionsbefunden. Dass aber, ohne vorausgegangene, länger dauernde Störungen, plötzlich ausgedehnte Lähmungserscheinungen, und durch Vermittlung einer, durch die Lähmung der Bauchmuskeln bedingten, hypostatischen Pneumonie der Exitus letalis durch diesen Parasiten herbeigeführt wurde, dürfte zu den selteneren Vorkommnissen gehören. Ein besonderes Interesse gewinnt der hier kurz zu referirende Fall durch den eigenthümlichen Symptomencomplex, der intra vitam beobachtet wurde, und der durch den Sectionsbefund ziemlich befriedigend erklärt wird.

J. C. G., 44 Jahre alt, Monteur, machte im Jahre 1881 einen Gelenkrheumatismus durch. Mehrere Jahre litt er an einem *Bandwurm*, der im Jahre 1886 abgetrieben wurde. Auch war er ziemlich strammer Potator. An motorischen Störungen, Schwindel, Kopfschmerz, Epilepsie u. dgl. litt er nie.

Pat. erkrankte angeblich am 31. März d. J., nachdem er sich beim Montiren von Stickmaschinen übermässig angestrengt hatte. Am 1. April kam Pat. in Behandlung des Herrn Dr. Topler in Herisau, dem ich die nachstehenden Notizen verdanke. Zunächst stellte sich rheumatoider Schmerz und Schwäche im linken Arm ein, dann auch im rechten. Vom 2. April an waren sämmtliche 4 Extremitäten vollständig gelähmt. Eine auch nur herabgesetzte Sensibilität, Paraesthesien u. s. w. konnten nie constatirt werden. Weder im Gebiete des Facialis, noch des Trigeminus, noch des Hypoglossus, noch auch namentlich im Gebiete des Oculomotorius wurde irgendwelche Störung beobachtet: die Augenbewegungen und die Pupillenreaction zeigten bei öfter wiederholter Untersuchung nie etwas Abnormes. Auch anderweitige Hirnstörungen : Kopfschmerz, Eingenommenheit, Druckpuls bestanden nie; das Sensorium war stets vollkommen klar. Blase und Mastdarm functionirten stets ganz normal. Als rasch vorübergehendes Symptom wurde einmal leichte Nackenstarre beobachtet. Fieber war während dieser Zeit nicht vorhanden.

Am 5. April stellte sich die Dyspnoe ein, die sich immer mehr steigerte.

Am 7. April wurde der Pat. in das hiesige Krankenhaus aufgenommen. Ich sah ihn erst am Abend und constatirte ausser der Lämung sämmtlicher

vier Extremitäten einer Parese der Bauchmuskeln; die Respiration war erschwert, hatte den costalen Typus; der reichlich vorhandene Schleim konnte nicht expectorirt werden. T. 39. Am folgenden Morgen war der Patient bereits moribund, und unter zunehmendem Lungenoedem erfolgte noch am Vormittag des 8. April der Exitus letalis.

Die Autopsie ergab im Wesentlichen folgenden Befund:

Kräftiger Mann mit gut entwickelter Musculatur und reichlichem Fettpolster. Die Dura war mässig gespannt, die Sinus mit viel dunklem Blut gefüllt; die Pia der Convexität etwas oedematös und milchig getrübt, sämmtliche Gefässe der Pia stark injicirt; unter dem Tentorium ziemlich viel klare Flüssigkeit. Gefässe der Pia nirgends thrombosirt. *An der Hirnbasis findet sich unmittelbar hinter dem Infundibulum, von dem die Hypophysis abgerissen ist, eine etwa haselnussgrosse, glatte gelbliche Blase, von der sich eine zweite, etwas kleinere und dunkler gefärbte abschnürt; letztere erstreckt sich zwischen die beiden Pedunculi cerebri hinein und reicht mit ihrem hinteren Ende gerade bis zum vorderen Rande des Pons Varoli. Beide Blasen liegen den Hirnschenkeln dicht an, sind gleichsam zwischen dieselben eingeklemmt. Nach sorgfältiger Lösung der Blasen zeigt sich, dass dieselben nur eine einzige, in der Mitte von einer Gefässschlinge umschnürte Blase darstellen; die erwähnte Gefässschlinge, die an der Blase befestigt ist sitzt nabelschnurartig am rechtsseitigen Corpus candicans fest. Die Blase hat die Substantia perforata und die Corpora candicantia bedeckt und erwies sich als ein Cysticercus.*

Macroscopisch war an den Hirnschenkeln nichts wahrzunehmen; die Nn. oculomotorii erschienen etwas plattgedrückt. — Am ganzen übrigen Gehirn fand sich nichts Pathologisches. Ausserdem sehr reichliche Fettablagerung im Pericard und Epicard, im Netz und Mesenterium; vereinzelte Sehnenflecke auf dem Epicard; beginnendes Atherom der Aorta; pneumonische Infiltration beider unteren Lungenlappen. Anderweitige Cysticerken wurden nicht entdeckt.

Characteristisch für unsern Fall ist die motorische Lähmung sämmtlicher vier Extremitäten, sowie der Bauchmusken bei normalem Sensorium, vollständigem Fehlen von Lähmungserscheinungen im Gebiete der Hirnnerven, bei gänzlich intacter Sensibilität und normaler Function der Blase und des Mastdarms. Offenbar hat der Cysticercus, wahrscheinlich unter Mithülfe einer durch die übermässige Anstrengung des Pat. verursachten Congestion zum Gehirn einen stärkeren Druck auf beide Hirnschenkeln, resp. die in deren unterem Theil verlaufenden Pyramidenbahnen ausgeübt und so deren Functionsfähigkeit aufgehoben. Höchst auffallend ist dabei, dass die nn. oculomotroii, obgleich anscheinend etwas plattgedrückt, keinerlei Functionsstörung aufwiesen, während sonst Lähmungen dieses Nerven ein nur selten fehlendes Symptom der Hirnschenkellaesion darstellen.

---

233) **Th. Fisher** (Boston): Cerebral localization. (American journal of insanity. Oktober 1889.)

Verf. giebt eine kurze Uebersicht über den jetzigen Stand der Lokalisationslehre und bespricht im Anschluss daran die heutige Gehirnchirurgie.

Strauscheid.

234) **A. Borgherini** (Padua): Dell'atrofia muscolare precoce nelle paralisi di origine cerebrale. (Frühzeitige Muskelatrophie bei cerebralen Lähmungen.)

Ein 24 jähriger junger Mann wurde am 22. Dec. 1888 plötzlich ohnmächtig, ohne aber das Bewusstsein vollständig zu verlieren. Er hatte keinerlei Krampfanfall. Nach einigen Stunden constatirte man eine linksseitige Hemiparese, die bald zur völligen Hemiplegie wurde. Schon am zweiten Tage machte sich eine Volumsabnahme der linksseitigen Extremitätenmuskulatur gegenüber der rechtsseitigen bemerkbar, die in den folgenden Tagen noch zunahm. Ende December betrug der Unterschied des Umfanges 2 bis 2,5 ctm. Von da an trat eine rasche Besserung ein, so dass am 23. Jan. Pat. völlig genesen war und die beiderseitigen Extremitäten wieder völlig gleiches Volumen hatten.

Es handelt sich hier um einen der seltenen Fälle von frühzeitiger Muskelatrophie nach cerebraler Lähmung. In der Regel schliesst sich bekanntlich die Atrophie erst nach einer Reihe von Wochen, nachdem die Zeichen einer Pyramidendegeneration schon längere Zeit bestanden haben, an eine cerebrale Lähmung an. Die Pyramidendegeneration kann man schon in der ersten Woche nach Eintritt der Cerebralaffection sehen, wie dies Verf. auch bei Thierversuchen bestätigt fand.

Verschieden von jener späten Muskelatrophie ist die Frühzeitige. Man beobachtet sie wesentlich bei jugendlichen Individuen; sie hat keinerlei Beziehung zu den vasomotorischen Störungen der gelähmten Theile. Bis jetzt hat man sie nur bei Hirnrindenaffectionen beobachtet; doch da Verf. in seinem Falle mit Sicherheit glaubt eine Blutung in der Gegend des thalamus opticus anzunehmen zu dürfen, so wäre nach seiner Ansicht auch bei solchen Laesionen das Vorkommen einer frühzeitigen Atrophie zu constatiren, doch ist für diese Ansicht des Verf. der autoptische Beweis nicht erbracht. Oft beobachtet man in den Gliedern, die später von der motorischen Störung betroffen werden, vorher Krämpfe. Die frühzeitige Muskelatrophie kann fast unmittelbar der Lähmung folgen, erscheint aber in der Regel erst in der 3. bis 4. Woche; Symptome einer Pyramidenstrangsklerose fehlen dabei gewöhnlich.

Verf. ist der Ansicht, dass der beschriebene trophische Einfluss einzelner Gehirnabschnitte auf die Muskulatur von den sensitiven Bahnen geleitet wird, die darnach also auch in centrifugaler Richtung leiten könnten.

Strauscheid.

---

235) **W. Kusnezow**: Fall von Geschwulst des Tentoriums cerebelli. (Westnik psichiatrii i neuropatologii 1890 VII. 2.)

65 jährige Soldatenwittwe, Finnländerin, trat am 12. Juni 1883 in das Hospital „aller Leidtragenden“ (Irrenanstalt in der Nähe von Petersburg) ohne jegliche Anamnese ein.

Stat. praesens. Gut entwickelte kräftige Frau mit blassen Hautdecken und Schleimhäuten, normalen gut reagirenden Pupillen, ohne Zittern der Zunge und Hände, mit normalen Patellarreflexen, Sensibilität und inneren Organen. Beim Stehen mit offenen Augen schwankt die Kranke hin und her in sagittaler Richtung, wobei hauptsächlich der Rumpf betheiligt ist, die Kranke

steht mit gespreizten Beinen besser, kann auch auf einem Fusse, aber nur mühsam und kurze Zeit stehen, wobei sie sehr stark schwankt. Beim Romberg'schen Versuche stürzt die Kranke, aber nicht immer hin, doch, wird dann, namentlich das sagittale Schwanken äusserst stark, beim Gehen schwankt die Kranke auch sehr stark, setzt aber die mehr gespreizten Beine sicher und fest auf. Der Muskelsinn ist erhalten, keinerlei andere motorische Störungen bemerkbar. Die Sprache ist verlangsamt, aber rein, die Bewegungen der Arme schlaff, aber gut, auch bei geschlossenen Augen normal. Sonst nichts Besonderes; ophthalmoskopirt ist nicht worden. Die Erinnerung an die letzten Jahre fehlt ganz und kann die Kranke überhaupt über sich und ihre früheren Lebensverhältnisse nichts aussagen, keine Delirien, keine Hallucinationen. Schmerz im Scheitel und am Hinterhaupte, Schwindel trat besonders dann auf, wenn die Kranke sich aus sitzender Stellung erhob. hin und wieder trat Erbrechen auf. Anfangs 1888 fing sie an, stark abzumagern, Mitte 1888 trat eine, später schwärende Geschwulst (Krebs?) der linken Mamma auf, aus welcher sich im November desselben Jahres ein Erysipel zeigte, das sich im März 1889 wiederholte; obgleich die Rose sehr bald schwand, starb die Kranke an Erschöpfung. Bei der *Section* fand sich: Diplöe verdünnt, sehr hyperämisch, die lamina vitrae bräunlichpurpurn gefärbt, Gehörsorgane gesund, die innere Fläche der Dura auf der Convexität beider Hemisphären enthält kleine, zarte, rosarothe, leicht abzuhebende Häutchen, welche Verästelungen kleiner Gefässe zeigen. Unter dem Tentorium cerebelli grade über der vorderen Hälfte des Wurmes befindet sich eine grau-purpurne gefärbte, weiche wallnussgrosse Geschwulst, welche von vorn nach hinten etwa $2^1/_2$, von links nach rechts etwa $1^1/_2$ und von oben nach unten ebenso viele ctm. misst, einer Nuss ähnelt und fast sich an dem mittleren Theil des tentoriums inserirt, sie wiegt 6 Grammen. Aehnliche kleinere Geschwülste finden sich an der Dura in der linken mittleren Schädelgruppe, dem Felsenbeingrath entsprechend, oval, erbsengross. Die pia ist getrübt, die Gefässe, besonders die Art. fossae sylvii sinistra atheromatös entartet. Das Gehirn im Allgemeinen blass weich, der monticulus und ein Theil des declive monticuli sind, entsprechend der Geschwulst abgeflacht, und etwas eingedrückt, die diesem Theile anliegenden Abschnitte des Kleinhirns rechts und links verdichtet. Die Geschwulst am Tentorium war ein Endotheliom, das an der Brust — Krebs.

Verf. bespricht in der *Epikrise* die verschiedenen Ansichten der Autoren über die für Kleinhirnaffectionen characteristischen Symptome und macht darauf aufmerksam, dass sein Fall einerseits die vielseitige Unschädlichkeit einer nicht allzugrossen Laesion der Kleinhirnhemisphären, anderntheils aber das deutliche Auftreten pathogenetischer Symptome (Schwanken beim Gang) bei verhältnissmässig geringer Schädigung des Wurms demonstriren.

Hinze.

---

236) **C. Laufenauer**: Ueber provocirte und spontane Contracturen der Zunge bei Hysteroepileptischen. (Orvosi Hetilap. 1889.)

Verfasser studirte die Zungencontracturen bei zwei Hysteroepileptischen und gelangt zu folgenden Schlüssen:

a) Man vermag bei Hysteroepileptischen so im wachenden wie im hyp-

notischem Zustande durch die Reizung des Hörnerves typische Zungencontractur hervorrufen, welche durch einen centralen Reflex entstehen.

b) Dieselben Contracturen sind auf peripherischem Wege, durch directe Reizung der Zungenmusculatur zu erhalten.

c) Zu den Zungencontracturen können sich auch anderwärtige Körpercontracturen (des Gesichts, Halses, der Extremitäten) gesellen.

d) Die provocirten Zungencontracturen differiren gar nicht von den spontanen der Hysterischen. Sie entspringen alle der „diathèse de contracture“.

S c h a f f e r (Budapest).

---

237) **Carl Schaffer**: Ein Fall von Paramyoclonus multiplex. (Casuistische Mittheilungen aus dem Ambulatorium für Nerven- und Geisteskranke des Prof. L a u f e n a u e r in Budapest.)

Der Fall verdient Erwähnung erstens, wegen dem Zittern in den Händen, welche Erscheinung unter den bisher angegebenen Symptomen dieser Krankheit noch nirgends angeführt ist, in diesem Falle aber selbst durch Curven versinnlicht wurde. An beiden Händen zeigt die zitternde Bewegung gleiche Excursionen. Das Zittern ist remittirend; auf einige kleinere Wellen folgt, ein aus 2 — 4 bedeutend grösseren Wellen bestehender Tremor. Die Grösse der Wellen (die kleinen und grossen) bleibt danernd beiläufig dieselbe. Auf eine 1 ctm. lange Strecke fallen 7 — 8 Wellen. Als bemerkenswerth hebt Verf. noch die gesteigerte Muskelirritabilität und die Affection der Gesichtsmuskeln hervor. Erstere steht im Gegensatze mit den Erfahrungen F r i e d r e i c h's, L ö w e n f e l d's und M a r i e's, letzteren Symptom ist aber selten.

O s t e r m a y e r (Budapest).

---

238) **Danillo** und **Przychadsky**: Ueber die Resultate der Suspension von Tabikern nach der Methode von M a t s c h u t k o w s k i. (Wratsch Nro. 25—27.)

Verff. haben 11 Tabiker (Männer) nach dieser Methode behandelt, von denen sich 2 in der Klinik des Prof. M i e r z e j e w s k i befanden, 5 die Ambulanz derselben besuchten und 4 in der Stadt wohnten. Jeder Kranke wurde in gewöhnlicher Weise untersucht und der Befund in eine allgemeine Tabelle mit folgenden Rubriken eingetragen: 1) Jahr, Monat und Datum, 2) Beginn und Zahl der Suspensionen, 3) deren Dauer, 4) die Art der willkürlichen Bewegungen, resp. Gang, 5) Romberg's Symptom, 6) Neuralgien, insbesondere lancinirende Schmerzen, 7) andere Sensibilitätsstörungen, 8) Geschlechtsfunctionen, 9) Darmfunction, 10) Appetit, Schlaf und Allgemeinbefinden, 11) Störungen von Seiten der Augen, 12) besondere Bemerkungen. Folgen die kurz gefassten Krankengeschichten mit Beschreibung des Verlaufs während den Suspensionen. — Dem *Stande* nach waren je 1 Kaufmann, Diener, Offizier, Polizeisoldat, Bauer, Ingenieur, Fabrikant, Schriftsteller, Eisenbahnschaffner und 2 Aerzte. Dem *Alter* nach: 1 Mal 32, 3 Mal 36, je 1 Mal 37, 38. 40, 42, 47, 55 und 62 Jahre alt. Die Dauer der Krankheit betrug von Beginn der Suspension je 1 Mal 1, 2, 3, 5, 10, 11, 13 und mehrere Jahre, 3 Mal 4 Jahre. Syphilis war 7 Mal vorangegangen. Was den *Einfluss* der Suspension auf die Krankheit anbetrifft, so musste 2 Mal die Behandlung wegen übler Zufälle nach 3 resp. 8 Suspensionen aufgegeben werden. Im Allgemeinen muss bemerkt werden, dass die Grundsymptome,

das Fehlen der Patellarreflexe, die Augenmuskellähmungen und die Unempfindlichkeit der Haut (mit 1 Ausnahme) durch diese Methode gar nicht beeinflusst wurden. Die lancinirenden Schmerzen und die Parästhesien wurden bedeutend schwächer und verschwanden sogar einige Male vollständig, diese Besserung wurde selbst in späten Perioden der Krankheit constatirt; dasselbe gilt auch von den Parästhesien, welche gleichfalls sich abschwächten, wenn auch nicht so anhaltend und vollkommen, wie die Schmerzen. Der Gang wurde bestimmt sicherer in frischeren Fällen, in älteren war ein solcher Einfluss der Suspension weniger ausgesprochen. Das Romberg'sche Symptom besserte sich im Ganzen nur wenig und ging diese Besserung manchmal, aber nicht immer parallel der Besserung des Ganges, die Harnabsonderung wurde im Allgemeinen etwas leichter, die Erectionen des Gliedes wurde in 6 Fällen stärker und erfolgte Ejaculation des Samens. Der Einfluss der Suspensionen auf die Verdauung war nicht besonders deutlich, das Allgemeinbefinden und der Schlaf wurden gleichzeitig mit der Milderung anderer Symptome besser, was nicht nur für den günstigen Einfluss der Suspension auf die angeführten Symptome, sondern für ein Stehen, bleiben des krankhaften Processes spricht. — Einzelne der Kranken wurden während der Behandlung von Influenza befallen, deren Einfluss zeitweilig die positiven Resultate der Suspension in den Hintergrund rückte; während dieser Periode wurden die Kranken begreiflicherweise nicht aufgehängt, was seinerseits auch den Verlauf der Grundkrankheit beeinflussen musste. — Als üble Nebenwirkung der Suspension wurden beobachtet: Cyanose des Gesichts, Vordrängen der Augäpfel, Mydriasis mit nachfolgendem Schwindel, Uebelkeit und allgemeine Schwäche, welche Zeichen von einer Compression der Gefässe und Nerven am Halse abhingen, in manchen Fällen waren diese Zeichen nur vorübergehend, so dass die Suspension weiter fortgesetzt wurde. Verff. sind zur Ueberzeugung gelangt, dass die Suspension contraindicirt sei bei anämischen, geschwächten, fiebernden und herzkranken Personen, indicirt aber bei Vorhandensein von lancinirenden Schmerzen, Parästhesien, Störungen der Darm- und Geschlechtsfunctionen, Ataxie, ausserdem verbessert diese Methode Schlaf und Appetit. — Bei 3 Kranken wurden sogen. active, bei einem passive Gymnastik gemacht, letztere bei fixirtem Becken, welche in verschiedenartigen Bewegungen der Beine bestand. Nach Messungen an 2 Kranken bezog sich die Verlängerung der Wirbelsäule nach der Suspension unter verschiedenen Bedingungen am stärksten auf den Lumbaltheil, wenn gleichzeitig die Beine stark flectirt wurden, bei einfacher Suspension aber verlängerte sich am meisten der Halstheil der Wirbelsäule, diese Verlängerungen sind tabellarisch zusammengestellt. Es folgt nun eine Zusammenstellung der von einigen Autoren gemachten Erfahrungen über Suspension bei Tabes, welche meist mit denjenigen der Verff. übereinstimmen, negative Resultate erhielten nur Nickey und Churten. **Hinze.**

---

239) E. Tanzi (Turin): I neologismi degli alienati in rapporto col delirio cronico. (Rivista sper. di freniatria 1889, 90. Bd. 15. H. 4. Bd. 16. H. 1 und 2.)

Verf. hat 239 Wortbildungen von Paranoikern gesammelt, die er nach ihrer Bedeutung genau bespricht und classificirt. Solche Wortbildungen sind an sich kein Krankheitssymptom; erst dann werden sie Anzeichen von Krank-

heitsphaenomenen, wenn sie wie immer bei Paranoikern, einen abergläubischen Begriff, der im Bewusstsein fast wie eine Zwangsvorstellung vorherrscht, bezeichnen. Deutlicher macht Verf. dies, indem er im Einzelnen genau nachweist, dass alle noch so verschiedenen Wahnideen, Hallucinationen aller Art, sowie alle sonstigen krankhaften Erscheinungen, die der Paranoia zukommen, sich auch bei den Naturvölkern d. h. sowohl unseren Vorfahren wie den jetzigen uncivilisirten Nationen nachweisen lassen. Bei den Naturmenschen sind dieselben nicht im Widerstreite mit der Intelligenz; abgeschwächt und latent vererben sie sich auf den intelligenten, entwickelten Menschen; doch stehen hier jene primitiven Ideen mit den neuern Iddeen im Widerspruch und letztere gewinnen so vollständig die Oberhand, dass jene ganz zurücktreten, also gleichsam latent sind. In den Vordergrund treten können jene abergläubigen Ideen bei uns nur in Krankheiten — Delirien. Gewinnen die abergläubischen, mystischen Tendenzen infolge einer angeboren übermächtigen Entwicklung trotz des Vorhandenseins der sie normaliter hemmenden höheren geistigen Funktionen die Oberhand, so handelt es sich um das delirium chronicum — die Paranoia. Bei den übrigen nicht von Geburt belasteten Irren treten jene Ideen nur hervor, wenn die höheren geistigen Functionen gelähmt werden. Strauscheid.

---

240) **A. Tamburini** (Modena): Sulle allucinazioni motorie.
(Rivista sperimentale di freniatria. 1889. H. 4.)

Verf. berichtet einen typischen Fall der von Séglas sogenannten psychomotorischen Worthallucinationen. In solchen und ähnlichen Fällen muss der Sitz in dem motorischen Corticalcentrum der Sprache gesucht werden, während für die gewöhnlichen Hallucinationen eine Reizung der sensorischen Centren als Grund angenommen wird. Solche Hallucinationen von Bewegungen können sich auf irgend einen Theil des Körpers beziehen, wie dies Verf. an einzelnen Beispielen zeigt, um dann speciell von den Hallucinationen der Amputirten zu sprechen, welche noch Bewegungen in den nicht mehr vorhandenen Körpertheilen zu spüren vermeinen — der sicherste Beweis für den centralen Ursprung solcher Hallucinationen. Verf. schliesst mit folgenden Sätzen:

Ausser den rein sensorischen Hallucinationen muss man auch motorische Hallucinationen unterscheiden, welche insbesondere in der Sphäre der Sprachbewegung auftreten, aber auch auf jeden anderen bewegungsfähigen Theil des Körpers sich beziehen können.

Der Sitz dieser letzteren Art von Hallucinationen muss in die sogenannten psychomotorischen Centren der Hirnrinde verlegt werden.

Je nach dem Grade der Reizung eben dieser Centren resultirt entweder die einfache Hallucination der Bewegung oder der Uebergang dieses in eine Zwangsbewegung bis zur entsprechenden Convulsion.

Zieht man ferner die physiologischen und klinischen Daten in Rechnung, welche uns eine gemischte sensomotorische Natur bei allen Corticalcentren annehmen lassen, so wird man enerkennen müssen, dass bei jeder Hallucination sowohl die sensorischen wie die motorischen Bilder mitwirken.

Strauscheid.

---

241) **A. Nagy** (Graz): Ueber Psychosen nach Influenza.
(Separat-Abdruck aus den Mittheilungen des Vereins der Aerzte in Steiermark. (Graz 1899. 8 S. 8⁰)

N. hat unter 74 im December und Januar aufgenommenen Fällen 10 nach Influenza erkrankt gefunden.

In drei Fällen handelt es sich um mit dem Fieber einsetzende Delirien bei voller Verworrenheit und vorherrschend depressiver Stimmung, die nach 10—12 Tagen psychischer Norm wichen.

In drei Fällen handelt es sich um durch Influenza ausgelöstes Delirium tremens bei Potatoren, und in weiteren drei Fällen um Geistesstörungen in der „Form eines asthenischen Delirs“ einer „acuten Verworrenheit“, mit oder ohne Hallucinationen, im engen Anschluss an die Influenza, das um mehrere Wochen den fieberhaften Process überdauert und erst in der afebrilen Zeit den Höhepunkt erreicht. Somatisch kamen die Patienten stark herunter und erholten sich nur langsam. Kurella.

---

242) **Helweg**: Influenzaens Virkninger i en Sindssygeanstalt, saerlig dans Sectionsresultate. (Die Wirkungen der Influenza in einer Irrenanstalt, besonders ihre Sectionsresultate.) (Hospitals Tidende. Juli 1890.)

Unter den 520 Irren in der Anstalt bei Aarhus (Dänemark) wurden im Januar—März d. J. 41 so stark von Influenza ergriffen, dass sie bettlägerig wurden. 7 von ihnen bekamen Pneumonien, während unter mehr als 100 Fällen von Influenza, die der Verf. in seiner privaten Praxis behandelte, nur 1 von Pneumonie ergriffen wurde. — Sonst waren sowohl für Irre als für Nicht-Irre die nervösen Beschwerden das constante Symptom, irradiirende Schmerzen im Kopf und ganzen Körper; die Katarrhe etc. waren sehr wechselnde. Gestorben und secirt sind von den Irren 6 und von dem Wartpersonal 1. — Als das constante Symptom bei den Sectionen ist eine so *starke Hyperämie des ganze Centralnervensystems* gefunden, wie man sie sonst nie antrifft; besonders charaktistisch waren die Arterien der Basis cranii, die mit Blut strotzend gefüllt, als cylindrische Stränge, sich ganz wie ein mit Wachs injicirtes Präparat zeigten. Auch war immer die Consistenz der Cerebrospinalachse vermehrt. Hieran schliesst sich oft eine ganz frische Pachymeningitis und ein Mal eine frische Leptomeningitis cerebri & medullae spin.; in diesem letzteren Fall aber waren aus einem Tumor cerebelli zugleich die Residuen einer im Kindesalter abgelaufenen Basalmeningitis vorhanden. Es scheint also, dass die Influenza-Hyperämie nicht eine einfache vasomotorische Hyperämie, sondern ein zur Entzündung tendirender Process ist, der aber nur in besonders geeigneten Fällen zu voller Entwicklung kommt; dass also eine Verwandtschaft zwischen Influenza und epidemischer Cerebrospinalmeningitis besteht. — In den übrigen Cavitäten wurden ebenso Hyperämien, Oedeme, Entzündungen gefunden, und mehrmals eine Neigung zum Austritt von Blutfarbstoff in die serösen Exsudaten, in die Schleimhäute etc.

Neben diesen 7 Todesfällen kamen in der Influenza-Zeit 4 andere (und nur diese) vor, in welchen man während des Lebens nur eine Vermuthung auf Influenza-Infection haben konnte, wo aber die Section ganz dieselben

Resultaten gab. Die klinischen Symptomen waren hier 2 Mal Delirium acutum und 2 Mal (bei sehr geschwächten Individuen) plötzlicher Verfall der Kräfte mit tödtlichem Ausgang binnen 2—3 Tagen.

Diese 11 Fälle zusammengestellt geben folgendes Resultat:

Section nach Influenza in		11 Fällen
Dura.	Hyperämie	4 Mal
	Entzündung	4 —
Pia	Hyperämie	11 —
	Entzündung	1 —
Cerebrum.	Hyperämie	11 —
	Vermehrte Consistenz	10 —
Pulmones.	Hyperämie und Oedem	9 —
	Entzündung	5 —
Pleura.	Seröses Exsudat	3 —
	Fibrin- —	2 —
	Purulent. —	1 —
Pericardium.	Seröses —	2 —
	Purulent. —	2 —
Peritoneum-	Seröses- —	1 —
Ventricul.-	Hyperämie (acuter Katarrh)	5 —
Intestimum	— — —	4 —
Lien.	Geschwollen und weich	5 —
Renes.	Parenchymatöse Degeneration	8 —
	Entzündung	1 —

Was die klinischen Symptome dieser cerebrospinalen Hyperämie anbetrifft, so bestehen sie ja gewöhnlich bei Geistesgesunden und ebenso bei Irren, deren Zustand zur Ruhe gekommen ist, nur in den excentrischen Schmerzen. Aber in den nicht abgeschlossenen Fällen von Geisteskrankheiten kann die Influenza in diese hineingreifen und, ohne ein einziges neues Symptom zuzuführen (abgesen von der Temperatursteigerung), den Verlauf der Krankheit modificiren, indem sie wie ein Sturm die vorhandenen Symptome bis in das Delirium acutum hinein emporwirbelt, um dann oft den Pat. in einem stuporösen Zustand collabiren und sterben zu lassen, — oder, wenn das Gehirn vorher durch grobe Insulte sehr heruntergebracht war, führt sie direct in den stuporösen Zustand und den Tod hinein. — Auffallend war, wie viele Fälle von acuter hallucin. Verwirrtheit und Delir. acut. in der Influenza-Zeit der Anstalt zugeschickt wurden, viel mehr als unter gewöhnlichen Verhältnissen; und es scheint, dass die Infection bei gesunden, aber stark disponirten Individuen auch direct eine Psychose hervorrufen kann. — In zwei, schon lange als unheilbar angesehenen Fälle hat eine Influenza mit Pneumonie die Heilung herbeigeführt. — Man darf wohl annehmen, dass diese verschiedenen Wirkungen der Influenza-Hyperämie theils von dem cerebralen Kräftezustand im Ganzen und theils davon abhängig ist, ob ein hyperämischer oder der entgegengesetzte Zustand schon vorhanden wäre. — Antifebrin hat sich auch gegen die überwältigenden *psychischen* Symptome nützlich gezeigt.

Helweg.

243) **Percy Smith**: Fifty Years in Bethlem Hospital.
(Journal of mental sciance. Oct. 1889.)

Im Anfang dieses Jahres starb in Bethlem Hospital ein 82 jähriger Greis, der 50 Jahre in der dortigen Anstalt zugebracht hatte, sowie vorher 10 Jahre in einer anderen Anstalt. Seine Krankheit dadirt aber offenbar noch eine Reihe von Jahren weiter zurück. Es handelte sich um eine primäre Verrücktheit ohne Hallucinationen; Pat. glaubte sich verfolgt und zugleich für den Königsthron bestimmt. Die mehr als 65 jährige Dauer der Krankheit hat die intellectuellen Fähigkeiten intakt gelassen. Das sexuelle Element spielt in diesem Fall› gar keine Rolle.

Strauscheid.

---

244) **G. H. Savage** (London): Case of Walter Taynton, charged with killing his sister (Journal of mental science. Oct. 1889.)

W. T. stammte aus erblich belasteter Familie. Im Alter von 18 Monaten hatte er Krämpfe. In der Schule lernte er schlecht, besonders war das Rechnen ihm nicht beizubringen. Er hielt sich ganz für sich allein, verkehrte nicht mit anderen Knaben. Er las zwar sehr viele Kinderbücher, doch behielt er nichts von dem Gelesenen. Zu Hause wusste er sich nicht in die Familie zu finden, blieb auch hier für sich. Er zeigte keinerlei Anlage zum Erlernen eines Handwerkes. Da er sehr hässlich war, wurde er öfters von seinen Schulgenossen gehänselt. Als er jüngst (er ist jetzt 15 Jahre alt) mit seiner 10 Jahre alten Schwester zusammen sass, nimmt er plötzlich einen Hammer und schlägt ihr den Schädel ein. Dann geht er, nachdem er die Zimmerthür abgeschlossen hat, weg, kehrt aber, als es anfängt zu regnen wieder nach Hause zurück. Er zeigt keinerlei Empfindung für das, was er gethan hat. Bei der Untersuchung findet S. einen kleinen Kopf, Vorderhaupt niedrig, Hinterhaupt breiter; Gaumen eng und hoch; Nase missbildet; leichter Strabismus externus des linken Auges. Keine Zeichen geistiger Störung. Der Knabe ist wahrheitsliebend, leicht lenksam, nichts deutet auf Hallucinationen; körperlich gesund.

Verf. sagt im Gutachten, er halte den Knaben für von Geburt an unvollkommen und glaubt nicht, dass er seine That begreife.

Das Gericht verurtheilte den Knaben wegen Todschlages zu 10 Jahren Gefängniss.

Wird jener nicht dort erst recht zum Verbrecher erzogen und wäre er nicht weit besser im Irrenhause untergebracht? Strauscheid.

---

245) **N. Raw** (Portsmouth): The difficulty of arriving at a correct diagnosis in insane patients. (Journal of mental science. Okt. 1889.)

Bei einer 82 jährigen Frau, die an sekundärerer Demenz nach Manie litt, und ausserdem ein Mammacarcinom hatte, trat langsam sehr hartnäckige Constipation ein; ausserdem erbrach sie nach einiger Zeit kaffeesatzähnliche Massen, so dass man an eine Carcinommetastase im Magen dachte; das Erbrechen blieb einige Tage, bis Pat. starb. Bei der Obduction fand man ausser dem Mammmacarcinom eine innere Einklemmung des Ileum; dagegen

fand man im Magen keine bösartige Geschwulst. Ein grosses Stück des Ileum war gangränös.

Verf. weist hin auf die grossen Schwierigkeiten, denen zumal der Irrenarzt begegnet bei Erkennung körperlicher Krankheiten seiner Patienten.

Strauscheid.

246) **J. K. Whitwell** (Leeds): A study of stupor. (Journal of mental science Oct. 1889.)

Verf. hat, ausgehend von dem Gedanken, dass dem Stupor, der acuten Demenz eine Ernährungsstörung des Gehirns zu Grunde liege, die Weite der basalen Hirnarterien bei verschiedenen Geisteskrankheiten verglichen und gefunden, dass man gerade bei Stupor den kleinsten Gefässdurchmesser findet. In einzelnen Fällen findet man eine allgemeine Enge des Arteriensystems; auch das Herz ist manchmal abnorm klein. Dass die Herzthätigkeit mit dem Verlaufe der Krankheit in Zusammenhang steht, sucht Verf. an einem Beispiele darzuthun.

Da die Krankheit sehr häufig im Pubertätsalter beginnt, so ist von vornherein eine starke hereditäre Belastung zu erwarten, was denn auch *zutrifft.*

Strauscheid.

247) **Bland** (Portsmouth): Case of Raynaud's disease following acute mania. (Journal of mental science. Oct. 1889.)

Ein 23 jähriger, erblich stark belasteter Arbeiter, der seit dem 13. Lebensjahre an Epilepsie litt, wurde wegen Tobsucht in die Irrenanstalt gebracht. Dort blieb er Tage lang im kühlen Zimmer auf nackten Füssen stehen und schrie fürchterlich. Nach einiger Zeit klagte er über die Füsse man fand dieselben geschwollen, bläulich verfärbt, anästhetisch, dagegen spontan sehr schmerzhaft. Der Puls der Fussarterien war kaum zu fühlen. Zugleich klagte Pat. über schlechtes Sehen, die Netzhaut war sehr blass. Drei Tage lang hatte Pat. Blut im Harn und Auswurf. An den Füssen bildeten sich Geschwüre, dann Gangrän, mehrere Phalangen wurden abgestossen. Die übrigen Symptome waren schon vorher verschwunden, wie auch die maniakalische Erregung schwand. Pat. ist jetzt bis auf gelegentliche epileptische Anfälle gesund.

Das plötzliche Auftreten der Raynaud'schen Krankheit in unserem Falle ist jedenfalls bemerkenswerth.

Strauscheid.

248) **Ch. Féré** (Paris): Faits pour servir à l'histoire des troubles trophiques dans la paralysie générale des aliénés. (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière 4. 1889.)

Ein 43jähriger Paralytiker hatte ein malum perforans des rechten Fusses, eine der tabischen ähnliche Gelenkentzündung eines Fingers sowie eine ichthyosisartige Abschuppung der ganzen Körperoberfläche. Pat. schwitzte nie. Die Haut der Hand war trocken, bläulich, vielfach gefaltet und durchfurcht.

Bei einer 39 jährigen an Paralyse leidenden Frau beobachtete Verf. Vitiligo, welche der Beschreibung nach der syphilitischen durchaus gleicht, wovon der Verf. nichts erwähnt.

Endlich sah er bei einem 39jährigen Paralytiker eine rechtseitige Atrophie der Zunge.

Strauscheid.

249) **J. Turner** (Essex): Remarks on the urine and temperature in general paralysis of the insane. (Journal of mental science. Okt. 1889.)

Verf. untersuchte bei einer grösseren Anzahl von Paralytikern den Urin. Er fand fast nie Eiweiss, und in den seltenen Fällen, wo es vorhanden war, war es nur spurweise und nur an einzelnen Tagen. Die Phosphorsäure war durchgehend vermindert und nur während und nach einem paralytischen Anfall sah man die Normalwerthe erreicht werden. Die Alkali-Phosphate waren fast normal, die Erdphosphate beträchtlich vermindert. Der Harnstoff war auch in allen Stadien der Paralyse durchschnittlich in geringerer Quantität im Harn vorhanden als normal.

Ausserdem untersuchte F. die Temperatur seiner Paralytiker. Er fand die allgemeinen Angaben über das häufige Vorkommen von erhöhter Temperatur wie auch von subnormaler Temperatur bestätigt. Das Charakteristische des Temperaturtypus bei der Paralyse ist der grosse Wechsel, die Unbeständigkeit. Er tritt der Ansicht, welche in den interessanten Temperaturerhöhungen Entzündungserscheinungen finden will, entschieden entgegen; wie wäre es dann zu erklären, dass man bei Fällen, die nie erhöhte Temperatur, wohl aber öfters subnormale Temperatur gezeigt haben, post mortem genau denselben Befund findet wie bei den Fällen mit intercurrenten Temperaturerhöhungen? Letztere sind von Fieber sehr wohl zu unterscheiden; wie die Untersuchung lehrt, fehlt vollständig der wesentliche Bestandtheil des Fiebers: ein vermehrter Stoffumsatz; im Gegentheil man findet unter Umständen eine Herabsetzung desselben bei bestehender Temperaturerhöhung. Es kann sich also nur um eine durch den pathologischen Process hervorgerufene Störung der Wärmeregulation in der Hirnrinde, des Wärmecentrums handeln.

Strauscheid.

---

250) **Guicciardi** (Reggis): L'iperalimentazione nel delirio acuto; nota preventiva. (Rivista sper. di freniatria 1889. Bd. XV. Heft IV.)

Verf. hat unter 11 Fällen von Delirium acutum nur 4 durch den Tod verloren. Seine Behandlung bestand in Isolirung des Kranken in einer ruhigen Umgebung, protrahirten lauwarmen Bädern, Eisblase auf dem Kopfe, Blutegeln am Warzenfortsatze, Ableitung auf den Darm, Injection von Ergotin und je nach den Umständen Beruhigungs- oder Erregungsmitteln. Mehr Werth aber als auf die genannten Mittel legt Verf. auf eine sehr kräftige Ernährung. Direkt von Anfang an führt G. seinen Kranken alle 3—4 Stunden ca. 350 gr. einer Mischung von Fleischbrühe oder Milch, Eier, Fleischsaft, Mehl und Wein durch die Schlundsonde ein und er setzt dies Verfahren auch noch eine Zeit lang fort, wenn die höchste Gefahr überstanden ist. Diese frühzeitige Ueberernährung führt die Pat. meist auch über die Stunden der höchsten Gefahr hinweg. Schädlichkeiten hat Verf. bei dieser methodischen Fütterung nie gesehen. Strauscheid.

351) **W. Channing** (Brooklin): Physical training of the insane. (American journal of insanity. Octbr. 1889.)

Angespornt durch die ausgezeichneten Erfolge, welche gymnastische Uebungen bei einfachen nervösen Störungen haben, hat Verf. in seiner Irrenanstalt eine allgemeine Uebung in Gymnastik eingeführt. Weiber und

Männer haben gemeinschaftliche und getrennte Uebungsstunden; zu den Uebungen wird Klavier gespielt, was zumal im Anfange die besten Dienste leistet. Alle tragen eigne, billige Turnergewänder. Etwaiges anfängliches Widerstreben macht nachher meist dem Eifer Platz. Die Uebungen werden vielfach variirt und schreiten nur ganz allmählich zu complicirteren vor. Neben diesen allgemeinen gymnastischen Uebuhgen werden für eine Reihe von Fällen, in denen körperliches Unvermögen oder lokalisirte Erkrankungen bestehen, speciell individualisirte „medicinische Uebungen“ angewendet unter Leitung besonders darin ausgebildeter Wärter und Wärterinnen. Ch. ist von seinen Resultaten ausserordentlich befriedigt. Nicht nur ist dies Turnen eine ausgezeichnete Unterhaltung, es hebt auch den körperlichen und geistigen Tonus und unterstützt mächtig jede allgemeine Therapie.

Strauscheid.

---

252) Zur Pflege der Irren, Idioten, Epileptiker und Taubstummen in der preussischen Rheinprovinz.

Die jährlichen Leistungen der preuss. Rheinprovinz in Bezug auf die ausserordentliche Armenpflege betragen jährlich fast 700,000 Mark. Davon werden verwendet,

1.	für Irrenpflege	391,003	M.
2.	zur Fürsorge für Schwachsinnige	15,000	„
3.	„ „ „ Epileptische	44,000	„
4.	„ „ „ Taubstumme	166,082	„
5.	„ „ „ Blinde	70,937	„
		M. 687,022	

Die in eigener Verwaltung der Provinz stehenden Anstalten genügen nicht; es müssen desshalb noch Privatanstalten herangezogen werden. Auf öffentliche Kosten sind ungefähr 4400 Geisteskranke verpflegt worden, auf eigene 1600. Es dürfte kaum nöthig und möglich sein, alle Irren in Anstalten unterbringen. Für die Heilbaren dürfte die bisherige Fürsorge der Provinz zur Noth genügen. Es war bisher im Allgemeinen möglich, an allen Ortsarmen, die erst frisch erkrankt waren, ohne irgend einen Zuschuss seitens der Gemeinden Heilungsversuche in den Provinzial-Irren-Anstalten zu machen. Heilungsversuche werden in der Regel nicht über ein Jahr ausgedehnt. Ist der Aufenthalt der Kranken in der Anstalt auch noch nach einem Jahre nöthig, so verlangt die Provinz einen Beitrag zu den Pflegekosten von 1 Mark pro Tag und Kopf. Die Provinz setzt dann zu den Pflegekosten noch jährlich 80 Mark zu.

Die dem Regierungsbezirk Coblenz angehörige Pflegeanstalt zu St. Thomas hat in den letzten Jahren 15—20000 Mark erübrigt.

Die Baukosten der fünf Provinzial-Irrenanstalten haben 15 Millionen Mark betragen. Die Provinz schiesst jährlich, wie angegeben, zu den Pflegekosten 391,000 M. zu.

Für die Pflege von Schwachsinnigen, für welche es nur Privatanstalten giebt, schiesst die Provinz jährlich 15,000 M. zu.

Ausser einer kleinen Abtheilung im Landarmenhause zu Trier hat die Provinz keine Anstalt für Epileptische. Sie hat die Unterbringung von 350 Epileptischen in Privatanstalten vermittelt und zu den Kosten 29% zugeschossen.

Die Provinz hat 6 Anstalten für Taubstumme, und zwar für Kinder. Die von der Provinz aufgebrachten Kosten betragen 166,000 M. jährlich.

Aus der Denkschrift des Landesdirectors geht hervor, dass nur die *Schwachsinnigen* und *Epileptischen* einer vermehrten und verbesserten Pflege bedürfen. Es ist aber bis jetzt der Umfang des Bedürfnisses nicht zu übersehen, und nicht bekannt, wie weit durch Anstaltspflege dem vorhandenen Bedürfniss entsprochen werden kann. Es sind daher Ermittelungen erforderlich:

a) über die Zahl der gegenwärtig vorhandenen *Schwachsinnigen* und *Epileptischen*.

b) über die bestehenden Anstalten, die Aufnahme-Bedingungen und die Pensionssätze.

(Auszug aus einer Denkschrift des Ministers des Innern vom 30. September 1889 und einer Denkschrift des Landesdirectors der Rheinprovinz von Anfang 1890.) E.

---

253) **A. Leppmann**: Die Sachverständigen-Thätigkeit bei Seelenstörungen. Ein kurz gefasstes Handbuch für die ärztliche Praxis.

(Berlin 1890. Verlag von Th. Chr. Fr. Enslin. gr. 8. 273 S. M. 10.)

Der Verf. zeigt sich in ungewöhnlich hohem Grad dazu befähigt, schwierige Fragen leichtfasslich zu behandeln und dem praktischen Bedürfnisse Rechnung zu tragen. Das vorliegende Buch wird gewiss für Viele zu einem willkommenen Rathgeber werden, und da der Verf. über eine grosse Erfahrung und Gewandtheit im forensischen Verkehr verfügt, da er ferner was noch mehr bedeutet, in fast allen praktischen Fragen einen durchaus gesunden, natürlichen Standpunkt einnimmt und — last not least — da er nirgends die Anforderungen der Humanität sowie der ärztlichen Standeswürde ausser Acht lässt, so kann es nur mit aufrichtiger Freude begrüsst werden, wenn das mit Fleiss gearbeitete Werk seinen verdienten Erfolg findet.

Ueber den Plan des Buches und die Anordnung des Stoffes entnehmen wir der Vorrede folgende Stellen: „Das Buch soll gleichsam eine Ergänzung zu jedem psychiatrisch-klinischen Lehrbuch bilden, es soll den deutschen Aerzten für den wichtigsten Theil der klinischen (soll wohl heissen „praktischen“ Ref.) Psychiatrie, für die Sachverständigen-Thätigkeit ein Vademecum sein, welches sowohl allgemeine Unterweisung zu systematischem Selbststudium, als auch für alle Möglichkeiten der Praxis im Einzelfall eine bequeme Rathserholung bietet. Es soll also mannigfachen ärztlichen Bedürfnissen dienen, es ist sowohl für den Anfänger wie für den bewährten Praktiker, für den Physikats- und Gerichtsarztexamenskandidaten wie für den erprobten Medicinalbeamten bestimmt, ja ich habe bei der Abfassung auch daran gedacht, den Richter und Verwaltungsbeamten die Möglichkeit einer selbstständigen Belehrung in Angelegenheiten, wo denselben bisweilen der letzte Entscheid obliegt, leichter zu verschaffen, als es durch ein klinisches Lehrbuch zu bewirken ist“.

Ein allgemeiner Theil enthält die Grundsätze zur Abfassung von Gutachten, die Anleitung zum Untersuchen Geisteskranker, zur Diagnostik der einzelnen Formen von Seelenstörung und zur Aufdeckung von Simulation. Dann folgt der specielle Theil, welcher in zwölf Kapiteln die von der sach-

verständigen Begutachtung abhängigen Fragen des praktischen Lebens so erörtert, dass jedes einzelne Kapitel ein abgeschlossenes Ganze bildet. Verf. beginnt mit dem Strafrecht, dann folgen bürgerliches Recht, Verwaltung insbesondere Sanitätspolizei und endlich Privatangelegenheiten.

Es sind dabei die deutschen Reichsgesetze und die wichtigsten Gesetze und Verordnungen der einzelnen Staaten, sowie die Entscheidungen der obersten Gerichtshöfe berücksichtigt. Mit vollem Recht hebt Verf. hervor, dass der Werth einer genauen Gesetzeskenntniss für die sachgemässe Begutachtung von vielen Aerzten unterschätzt wird, und sein Bestreben, immer auf die Verknüpfung des Wortlauts von Gesetz und Verordnung mit der Begutachtung hinzuweisen, ist gewiss nur zu billigen.

53 Beispiele, die sämmtlich der Praxis entnommen sind, bilden eine werthvolle Ergänzung der im Texte gegebenen Ausführungen und erhöhen die praktische Brauchbarkeit des Buches wesentlich. Ein Theil derselben kann wegen der Klarheit der Argumentation als mustergültig bezeichnet werden; bei manchen wäre etwas weniger schönrednerische Färbung vielleicht von Vortheil.

Was nun den Einzelinhalt anbetrifft, so ist es bei dem umfassenden Stoffe, welchen das Buch behandelt, selbstverständlich, dass nicht jeder Satz auf die allgemeine Zustimmung rechnen kann. Einige Punkte mögen für eine Neu-Auflage, welche gewiss nicht lange auf sich warten lassen wird, zur Erwägung gestellt werden.

Das Kapitel (IV) über *Simulation* könnte eine eingehendere Behandlung vertragen; namentlich die Thatsache, dass ungemein häufig von *Geisteskranken* Schwachsinn vorgetäuscht wird. — Verf. bringt selbst ein Beispiel dafür — erscheint näherer Beleuchtung werth.

Bei der Frage der *Wiederaufhebung der Entmündigung* dürfte es von Wichtigkeit sein, derjenigen Paralytiker besonders zu gedenken, welche in eine günstige Remission gekommen sind. Bekanntlich hat Schlager seiner Zeit sich vergeblich bemüht, den Richter von der Nothwendigkeit des Fortbestehens der Vormundschaft in solchen Fällen zu überzeugen.

Auch das vielumstrittene „*moralische Irresein*" sollte, wenn es überhaupt durchaus als selbstständige Form figuriren soll, um der grossen Schwierigkeit wegen, welche etwa einschlägige Fälle machen, nicht mit so allgemeiner Skizze dargestellt werden, wie es p. 64/65 geschehen. Hier kann der prakt. Arzt gewiss einen guten Rath für seine Sachverständigen-Thätigkeit gebrauchen. Sagt doch der Verf. selbst gelegentlich in einem Gutachten (p. 103 Zeile 21): „Er (Angekl.) ist auch nicht etwa unter *das vage Gebiet* der moral insanity zu rubriziren"!

Bei der Besprechung der *Testirungsfähigkeit* könnte nach Jolly's Vorgange der an Aphasie leidenden Kranken kurz gedacht werden.

Doch das sind alles untergeordnete Punkte, welche den Vorzügen des Buches keinen Abbruch thun.

Mit *einem* Abschnitt aber vermögen wir uns *nicht* zu befreunden, mit demjenigen (III.), welcher *die Diagnose der Formen von Seelenstörung* zum Gegenstande hat; nicht darum, weil wir persönlich zu andrer klinischen Eintheilung der Psychosen hinneigen, sondern darum, weil das sichtliche Bestreben des Verf. zu schematisiren, populär und verständlich zu schreiben,

uns hier nicht am Platze oder wenigstens zu weitgehend zu sein scheint. Es muss doch immer der principielle Standpunkt durchleuchten, welchen auch Meynert neuestens in seinen „Vorlesungen“ hervorhebt, dass caeteris paribus der bessere Arzt, in specie der bessere Irrenarzt auch der bessere Sachverständige ist. Die Autorität des Sachverständigen, deren er zum Wohle der Kranken bedarf, *leidet* naturgemäss, wenn der Thatsachenkreis der betreffenden Wissenschaft so dargestellt wird, als reiche zu seiner Auffindung und Verwerthung der gesunde Menschenverstand aus. Es ist gar nicht *praktisch*, dem Laienurtheile so weit gehende Concessionen zu machen! Warum also eine Darstellung der Psychosen geben, welche von modernen wissenschaftlichen Anschauungen ganz abstrahirt? Wir gestehen dem Verf. jede Freiheit in der Wahl der Eintheilung, welche ihm zweckmässig erscheint, zu, aber wir verlangen für die einzelnen, *von ihm selbst studirten* klinischen Typen eine einigermassen abgeschlossene, *medicinische* Symptomatologie; wir dürfen dies um so mehr verlangen, als der Verf. durch die zu Anfange jeder Krankheitsschilderung gesperrt gedruckten Titel-Worte: „*Wesen der Krankheit*“ unsere Erwartung darauf hinlenkt.

Wir verkennen nicht, dass es in der gegenwärtigen Entwicklungsphase der psychiatrischen Disciplin, welche alle Charaktere einer Uebergangszeit darbietet, ein äusserst schwieriges Unternehmen ist, eine allgemeine befriedigende und noch dazu kurze, klinische Darstellung der verschiedenen Krankheitsformen zu geben. Aber wir möchten glauben, dass in diesem Falle die Schwierigkeit sich umgehen lässt; wir glauben nämlich, dass es gar nicht nothwendig ist, an diesem Platze überhaupt eine solche Darstellung einzuflechten. Es würde unseres Erachtens nicht nur vollständig genügen, sondern sogar zweckmässiger sein, wenn der Verf., anstatt *Krankheitsarten* aufzustellen, *möglichst prägnante und typische Zustandsbilder* skizziren und dann von diesen Schilderungen ausgehend über den muthmasslichen Weiterverlauf und alles sonst etwa praktisch Wissenswerthe sich verbreiten würde. Wir denken uns z. B. ein Habitualbild von gemüthlicher Depression: dieses gebe den Anlass zu, natürlich kurzen, differenzial-diagnostischen Betrachtungen über die melancholischen Zustände der Paralytiker, über die Niedergeschlagenheit des Verfolgungsverrückten, über die genuine Dysthymie etc.; in analoger Weise werde die gehobene Stimmung des Paranoikus mit der Euphorie des Maniakus oder des Paralytikers verglichen etc.; es werde ferner im Allgemeinen die ungünstige prognostische Bedeutung der Fixirung von Wahnideen, des Schwindens des lebhaften Affectes, der Körpergewichtszunahme bei unverminderter Alienation u. A. mehr dargethan, kurz wir meinen, es ergiebt sich die Möglichkeit, die Classificirung der Psychosen den Büchern mit rein wissenschaftlicher Tendenz zu überlassen und doch dem psychiatrischen Laien die Sachverständigen Thätigkeit bei Seelenstörungen zu erleichtern.

Sollte der Herr Verf. geneigt sein, diese Vorschläge für eine spätere Neubearbeitung seines Werkes zu berücksichtigen. so würde bei der reichen praktischen Erfahrung desselben und seiner glücklichen Darstellungsgabe unseres Erachtens das Buch, welches jetzt schon sehr Schätzbares bietet, noch erheblich an Werth gewinnen.

Schliesslich sei hervorgehoben, dass die Ausstattung des Werkes eine vorzügliche ist. Clemens Neisser (Leubus).

---

254) A. Cullerre: Die Grenzen des Irreseins. Ins Deutsche übertragen von Dr. O. Dornblüth, Hamburg, Verlagsanstalt und Druckerei Actiengesellschaft (vorm. J. F. Richter.) 1890. (270 Seiten.)

Das vorliegende Buch zergliedert die grosse Reihe von Störungen des Geistes und des sittlichen Gefühls, welche der Geisteskrankheit vorangehen oder dazu führen. In Ermangelung einer wissenschaftlichen Eintheilung derselben sondert Verf. energisch vorgehend, die Haupttypen nach ihren hervorragenden Merkmalen und beschreibt jede derselben einzeln. So bespricht er nach einander die Zwangszustände, hierher gehörend Platzangst, Zweifelsucht, etc., die krankhaften Triebe, wie die Dipsomanie, die Pyromanie u. A., die geistigen Excentricitäten der „vernünftelnden Irren", der Verfolgungssüchtigen und der Schwärmer, die sittlichen Verkehrtheiten der Hysterischen und der frühzeitigen Verbrecher, endlich die geschlechtlichen Abnormitäten.

Alle diese geistigen Unregelmässigkeiten sind an die angeborene Unvollkommenheit der geistigen Beschaffenheit gebunden und finden sich nur bei stark krankhaft Veranlagten. Auf dem gemeinsamen Boden der krankhaften Erblichkeit vereinigen sich Verbrechen und Irresein, zwischen welchen das moralische Irresein als Bindeglied existirt. Die sich daraus ableitenden gerichtlichen Fragen werden in einem besonderen Abschnitt behandelt. Im letzten Abschnitt wird auf die bekannten Thatsachen hingewiesen, wie nahe Genie und Wahnsinn einander sind, wie häufig durch ihre Talente hervorragende Personen geistige und sittliche Seltsamkeiten und Excentricitäten bieten und wie bei Ueberanstrengung der Gehirnthätigkeit diese in weit schnellerem Maasse der Entartung und dem Herabkommen des Geschlechts entgegenstrebt.

Seiner Absicht gemäss das Buch Allen d. h. auch dem Laienpublikum zugänglich zu machen, hat Verf. den theoretischen Theil möglichst beschränkt und mehr Nachdruck auf den überzeugenden Theil gelegt und diesen mit vielen Erzählungen genauer beobachteter Fälle illustrirt. Die Wahl derselben kann indess nicht immer eine glückliche genannt werden, da in vielen Fällen die schwere geistige Störung nur allzu klar hervortritt.

Mehr als es durch die statistisch nachgewiesenen Thatsachen gerechtfertigt ist, wird der Leser auf die Gefahren der erblichen Belastung hingewiesen; der sich schon gefährdet glaubende Leser möge darum Trost finden in dem auf der letzten Seite ausgesprochenen Gedanken: Die Natur findet Gefallen an regelrechten und vorausgesehenen, wie an seltenen und unerwarteten Ausnahmen und kann Dank der unerschöpflichen Hülfsquellen des Atavismus wohlgeborene Geschöpfe aus einem mittelmässigen oder gar verdächtigen Stamme hervorgehen lassen. Ascher.

---

255) A. Severi: Gergo dei criminali di Firenze (Rotwelsch der Florentiner Verbrecher.) — (Lombroso's Archiv XI. 2. 1880.)

In dem werthvollen Handbuch der gerichtlichen Medicin mit Rücksicht auf das neue italienische Strafgesetzbuch, herausgegeben von den Professoren Filippi, Severi und Montalti, giebt Severi in einem Abschnitt seiner ausgezeichneten Darstellung der criminellen Anthroplogie bei Gelegenheit der Verbrecher-Sprache (gergo) einige neue Angaben aus der Florentiner Gaunerwelt. S. zeigt dabei, dass zahlreiche Objecte mit dem Namen von Gegen-

ständen ähnlicher Form begleitet werden, so heisen Hosen: tubi (Röhren), die Scheere: Brille, Hut: fungo (Pilz), oder es wird das Object nach einem Attribut bezeichnet, z. B. neve (Schnee) für: Wäsche, maghetti (Maiblümchen) für: Betttuch, raspanti, (Kratzer) für: Hühner, chiaro (das Helle) für: Licht, fangose (die Kotigen) für: Schuhe, oder es tritt pars pro toto ein, so paglioso (strohig) für Flasche etc. wie letzteres sich im gergo Piemontesischer Verbrecher findet. S. Ottolenghi (Turin).

---

256) **Forel** (Zürich): Uebergangsformen zwischen geistiger Störung und geistiger Gesundheit. (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte Jahrg. XX 1890.

Den Spuren Lombroso's folgend behandelt F. in einem (vor der Gesellschaft der Aerzte des Cantons Zürich Herbst 89 gehaltenen) Vortrage als eine besondere Menschencategorie psychopathisch beanlagten Krüppel an Charakter und perverse Naturen, „von welchen man nicht recht weiss, sind sie geisteskrank, geistesschwach, geistig abnorm oder boshaft, einfältig oder gar Verbrecher?" F., welcher geneigt scheint, den Begriff der „moral insanity" als einer für sich bestehenden geistigen Abnormität zu vertheidigen hält die Charakterabnormitäten für Abnormitäten der ererbten Gehirnanlage und somit für schwächere Grade einer Psychosengruppe, die er „constitutionelle Psychopathien" nennen möchte und als typischen Grundstab der Formen betrachtet, welche von Krafft-Ebing „psychische Entartungen" nennt. Allerdings fügt er hinzu, dass zu dem sog. moralischen Irresein auch Gleichgewichtsstörungen zu rechnen sind, welche durch allerlei Schwärmereien und excentrische Eigenschaften, gewisse Defekte wie gewisse aktive Zuthaten in allen Gebieten des Geisteslebens, des Intellekts, Willens, Gemüths, besonders aber der Triebe und Affekte sich kennzeichnen; der ethische Defekt ist für ihn aber das Wichtigste und Bestimmende. Für diese „Deséquilibrès", von welchen mit kurzen aber treffenden Strichen einige Haupttypen gezeichnet werden, fordert F. indem er auf die ausserordentlichen Schwierigkeiten hinweist, welche deren Behandlung und Begutachtung dem Arzt und besonders dem Psychiater bietet, eine Sonderstellung, und zwar ähnlich wie Lombroso für die Verbrecher, auch dem Gesetz gegenüber. Allerdings sollen nur für die intensiveren schlimmeren Formen der Charakterabnormitäten folgende Postulate gelten, welche F. aufstellt:

1. Der Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit sollte wieder in die Gesetze aufgenommen werden.

2. Der Begriff der Willensfreiheit sollte nicht mehr als absoluter Begriff verstanden, sondern als der Begriff unserer relativen und subjektiven Freiheit betrachtet werden, welche mehr der plastischen Fähigkeit einer adäquaten Anpassung unseres Gehirnlebens an die Aussenwelt und specieller an das Gehirnleben anderer Menschen entspricht. Menschen welche in dieser oder jener Richtung stets oder meistens nur inadäquat reagiren können, sind nicht als frei zu betrachten.

3. Man muss sich durchaus nicht scheuen, an den Grundlagen unseres heutigen Strafrechts zu rütteln, wenn darin tiefe Fehler bestehen. Die Reste des Lynchgesetzes und das Strafmaas stehen nicht mehr in Einklang mit unserem modernen Verbrecherthum und noch weniger mit unserer psychologischen Erkenntniss. Dabei sind als Ziele zu verfolgen:

a) Die Unschädlichmachung der Verbrechernaturen, und zwar nicht erst nach geschehenem Unheil, sondern praeventiv.

b) Eine richtige Behandlung derselben. Was noch verbesserlich ist, soll verbessert werden. Was unverbesserlich ist, soll möglichst zweckmässig versorgt und für den Staat nützlich verwendet werden, wobei an Verhinderung der Fortpflanzung, soweit thunlich, zu denken ist.

c) Die öffentliche Schande, die besonders an gewisse Verbrechen geknüpft wird, sollte möglichst gemildert und auf adaequante Objekte übertragen werden.

4) Man sollte statt unserer Correktionshäuser, die sehr mangelhaft sind, Anstalten oder Colonien gründen für die schlimmere Sorte der *constitutionellen Psychopathen* und der Verbrechernaturen. Diese Anstalten sollten unter psychologisch fachmännischer Leitung stehen. Es muss der Gewohnheitstrieb der Verbrechen und verwandten antisocialen Handlungen als solcher, als krankhafte gewohnheitsmässig sich zeigende constitutionelle Anlage aufgefasst und unschädlich gemacht werden. Damit ist kein Urtheil für das Leben gefällt und es kann nach länger dauernder Besserung und gutem Verhalten Entlassung erfolgen.

5) Es müssen Heilstätten errichtet werden für die noch heilbaren Opfer der Trunksucht und anderer Intoxicationen (Morphium, Cocain etc.).

6) Vor allem aber müssen Gesetze erlassen werden, welche erlauben, solche Menschen, wenn ihre Abnormität einen höhern Grad erreicht, einer sachkundigen Untersuchung und einer passenden Cur oder Versorgung in den genannten Anstalten zu unterziehen.

Indem F. noch gegenüber Lombroso mehr das pathologische als das atavistische Element in Verbrecher betont, illustrirt er das Ganze mit der charakteristischen und interessanten Geschichte eines jungendlichen Taugenichts.

Hoppe.

---

257) **Bourneville**: Nouvelle observation d'idiotie myxoedemateuse (cachexie pachydermiqe). (Archives de Neurologie 1890 No. 56).

In dem ausführlich mitgetheilten Falle handelt es sich um einen 25 jährigen Zwerg, dem die Glandula thyreoida fehlte, während die vordere Fontanelle offen und der Stirnschädel verschmälert war. Ausserdem war rothbraunes Haar vorhanden, Eczem der Kopfhaut, falsches Oedem der Augenlider, Backen, Hände, und Füsse, Pseudolipome, dicker Bauch mit Nabelhernie, fehlender Geschlechtstrieb, schwerfälliger Gang, rauhe und scharfe Stimme und mangelhafte Intelligenz. Familie tuberculös. Injection von Schilddrüsenmasse wird für derartige Fälle vorgeschlagen. Otto.

---

258) **Cl. Neisser** (Leubus): Simulation von Schwachsinn bei bestehender Geistesstörung. Motivirtes Gutachten. (Sep.-Abdr. aus Vierteljahresschr. f. ger. Medicin.)

Joseph Siltek aus Jakobowitz, Kr. Glatz, 40 Jahre alt, Wollausgeber ergoss sich als Angeklagter am 15. 6. 1888 in den gemeinsten Schimpfworten gegen den Gerichtshof, der ihn verurtheilt hat, und wird daher der Irrenanstalt zur Beobachtung überwiesen. Vor seiner Aufnahme ist er in der Untersuchungshaft meist still, beklebt sich einmal mit Papier und beschmiert sich ein anderesmal mit Koth.

Exploration vom 2. 7. bis 13. 8. 88. W. ist zuerst gedrückt, später frischer, stets gefügig. Schädel normal. Linke Gesichtshälfte schlaffer innervirt, rechtes Nasenloch weiter. Beim Sprechen manchmal leichtes Vibriren der Kinnpartie und der Lippen. Degenerationszeichen fehlen. Penis und Vorhaut, wie bei langer Onanie, lang ausgezogen, Psoriasis.

In den Gesprächen am 4., 6., 9. und 10. 7. giebt W. auf einfache Fragen läppische Antworten und schildert nächtliche Hallucinationen in unglaubwürdiger Weise. Er verstellte sich demnach und simulirte Irrsinn. In der letzten Zeit gab W. die Simulation auf. Derselbe ist demnach nicht schwachsinnig, aber ein wahnsinniger Querulant. Spuren des Wahns finden sich schon 1882. Aber 1884 tritt in gerichtlichen Eingaben sein krankhaftes Misstrauen gegen die Glatzer Behörden deutlich hervor. Dasselbe umfasst Alle, mit denen ihn seine Strafe in Berührung bringt, und äussert sich in zahllosen Beschwerden über das ihm widerfahrene Unrecht, dasselbe ist ihm absichtlich zugefügt, und die Reaction dagegen lässt immer mehr Besonnenheit vermissen und ist krankhaft. Er vertheidigt sich nicht nur, sondern geht auch aggressiv gegen andere vor. Auch seine Sinnesäusserung gegen seine nächste Angehörigen, die er früher unterstützte und jetzt verfolgt, ist bezeichnend.

W. ist stets zu Conflikten mit der Aussenwelt geneigt und bedarf daher wegen der Gemeingefährlichkeit der dauernden Unterbringung in einer Pflegeanstalt. Derselbe ist seit mindestens 4 Jahren geisteskrank und blödsinnig im Sinne des Gesetzes. Landsberg.

---

259) **v. Krafft-Ebing** (Wien): Excesse begangen in krankhafter Bewusstlosigkeit. Pathologischer Alkoholreactionszustand. Gerichtsärztliches Gutachten.
(Friedrich's Bl. f. ger. Med. etc. 47. Jg. Heft 1 Januar und Februar.)

Johann K., 23 jähriger Schlossergehilfe begeht am 7. 4. 1889 Abends $10^1/_4$ Uhr groben Unfug gegen Wirthsgäste und wird nachdem er Scheiben eingeworfen, verhaftet. Am 17. 4. giebt K. an, dass er am 7. wollte unten gewesen sein, und weiss von der Strafthat nichts. Er leide oft an Kopfschmerz und werde leicht betrunken.

Gerichtsärztliche Explaration vom 14. 1. 1889. Explorat ist schlank, schlecht genährt. Gegend der grossen Fontanelle eingesattelt, Stirne niedrig, Zunge und Hände zittern leicht. Geistig ist K. klar und antwortet präcis. Starke heriditäre Balastung (Vater geisteskrank, Mutter kopfleidend, Schwester epileptisch, Bruder taubstumm). K. war stets reizbar, kein Trinker, vertrug Alkohol schlecht. Seit 27. nach Anstrengung und Insolation Kopfweh. Erinnerungsdefekt ächt. Gutachten: K.'s rücksichtsloses läppisches unmotivirtes Benehmen tempore delicti erklärt sich aus pathologischem Rauschzustande und dadurch bedingter Sinnesverwirrung. Die Anlage dazu bei K. erklärt sich aus seiner erblichen Belastung.

K. befand sich demnach z. Z. der Strafthat in einem Zustande krankhafter Bewusstlosigkeit. Landsberg.

IV. Aus den Gesellschafts- und Vereins-Verhandlungen.

I. Verein der Aerzte in Krain.

Sitzung vom 26. Februar 1890.

260) **Keestbacher** theilt einen unter dem Bilde schwerer Myelitis verlaufenden Fall von Influenza mit, in dem die schweren Spinal-Erscheinungen jedoch rasch und günstig verliefen.

II. Verein der Aerzte in Steiermark.

VII. Monatsversammlung am 28. April 1890.

261) **Slaymer** *stellt einen Patienten mit einer geheilten perforirenden Schussverletzung des Stirnhirns vor.* Der Kranke hatte sich in selbstmörderischer Absicht mittelst eines kleinkalibrigen Revolvers (Kaliber 7 mm.) eine Schusswunde in der linken Schläfe beigebracht. Das Projectil hatte jedenfalls das Gehirn durchbohrt, und war an der entgegengesetzten Schläfe unterhalb eines dort deutlich fühlbaren circa drei Centimeter breiten Knochenvorsprungs, der sich als eine Knochenfraktur, durch den Kugelanprall entstanden, erwies, sitzen geblieben. Der Verletzte wurde im bewusstlosen Zustande auf die chirurgische Klinik gebracht. In den ersten Tagen unwillkürlicher Abgang von Koth und Urin in's Bett, geringes Fieber, Puls 52. Die Einschussöffnung, aus welcher sich Blut und blutig gefärbte Gehirnmasse entleerte, wurde nach Reinigung und Desinfection einfach verbunden. Nachdem die oben beschriebenen Gehirnerscheinungen zurückgegangen waren, wurde die Knochenfrakturstelle an der rechten Schläfe eröffnet, die Knochenlamelle abgehoben und das Projectil entfernt. Die Knochentheile wurden sodann wieder in ihre normale Lage gebracht und die Wunde offen behandelt. Puls 64 in der Minute. Von nervösen Erscheinungen war nur eine Lähmung des rechten Levator palpebrae zu beobachten. Bald stellte sich beiderseitige Stauungspapille ein, die ophthalmoskopisch constatirt wurde, ferner Zuckungen in der linken Achsel, in der rechten oberen und linken unteren Extremität, welche Symptome sich aber binnen Kurzem alle wieder verloren. Auffallend sind an dem Falle die ausserordentlich geringen Erscheinungen seitens des Gehirnes, die beweisen, dass selbst schwere Gehirnverletzungen ohne Gehirnreizungs- oder Druckerscheinungen verlaufen können.

III. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

XIV. Sitzung vom 26. April 1890.

Vorsitzender: Prof. Schwimmer. Schriftführer: Angyán.

262) Prof. **Kétli** demonstrirt *einen seltenen Fall von Rückenmarksleiden.*

Bei der Patientin traten vor einem Jahre Bruststechen auf. Nach einigen Monaten rapide Abmagerung der Handmuskeln, Nackenstarre, heftige Schmerzen im linken Unterarme. Später spastische Lähmung der Unterextremitäten; Thermoanästhesie von der IV. Rippe abwärts. Verkrümmung der Wirbelsäule im Cervical- und Dorsaltheile. Spondilitis ausgeschlossen. Es ist höchstwahrscheinlich ein centrales Rückenmarksgliom vorhanden, durch dessen Zerfall eine Syringomyelie entstand. Schaffer (Budapest).

Sitzung vom 10. Mai 1890. XVI. Sitzung.

263) **Carl Schaffer**: *Ueber die electrischen Verhältnisse der Hysterischen.* (Vortrag mit Krankendemonstration.)

Vortr. fand entgegen der bisherigen Anschauung in einem Falle von hysterischer Hemiplegie, eine hochgradige Herabsetzung der faradogalvanischen Nervenmuskelerregbarkeit der gelähmten Körperhälfte, mit bedeutender Zunahme der electr. Erregbarkeit der entgegengesetzten Körperseite. Weiterrs wies er in einem Falle schwerer Hysterie, wo die gesammten Extremitäten und Stammmusculatur beträchtliche Parese zeigte, eine partielle Entartungsreaction nach. Vortr. betont, dass diese Veränderungen der electr. Reaction mit Besserung des Krankheitszustandes gradatim abnehmen und schliesslich vollends verschwinden.

Mit den Untersuchungen des Vortr. bietet die anästhetische Haut einen ungleich grösseren Leitungswiderstand für electr. Ströme als die empfindende. Zwischen der Grösse des Hindernisses und dem Grade der Nerven-Muskelerregbarkeit lässt sich ein Zusammenhang nicht immer nachweisen. In zwei Fällen fand der Vortr., dass mit dem Aufhören der Anästhesie, das Hinderniss nicht geschwunden, sondern gewachsen sei. Dieser vergrösserte Leitungswiderstand nahm erst einige Tage nach dem Erlöschen der Anästhesie ab, und wurde gleichgross mit der der andern Seite.

Zum Schlusse wird vom Vortr. hervorgehoben, dass die electr. Erregbarkeit Hysterischer, sowohl quantitative als qualitative Veränderungen zeigen kann (der Zuckungsträgheit und Inversion der Zuckungsformel). Bei der in einem Falle constatirten partiellen Entartungsreaction nimmt Vortr. keine materielle Läsion der Nervenmuskelsubstanz an, sondern ist der Ansicht, dass die bei Hysterischen gefundene Zuckungsträgheit und Inversion der Zuckungsformel auf einer Alteration des Muskelchemismus (abhängig von corticalen trophischen Centren) beruhe und bezeichnet diese Form der Reaction als *functionelle Entartungsreaction.* Anschliessend demonstrirt Vortr. die partielle Entartungsreaction an einer Hystero-Epileptischen.

An der Discussion betheiligten sich Prof. Kétli und Docent Jendrássik.

Ostermayer (Budapest).

XVIII. Sitzung vom 17. Mai 1890.

264) **Samuel Scheiber**: *Casuistik aus dem Gebiete der Trophoneurosen.* (Mit Krankenvorstellung.)

Erster Fall: Gekreuzte Hemiatrophie (Virchow) bei einer 49 J. alten Tabeskranken, bei welcher die Ataxie so hochgradig war, dass sie nicht mehr stehen konnte, trotzdem die Krankheitsdauer im Ganzen nur 9 Monate betrug, daher der Fall zu den acuten oder subacuten Tabesfällen zu rechnen sei. Die Messung, sowie die Inspection zeigen, dass die linke Schädel- und Gesichtshälfte, ebenso die linksseitige Gehirnhemisphäre, rechterseits der Brustkorb und die obere Extremität in toto atrophisch sind. An der rechten Hand sind nicht nur die Knochen, sondern auch die Muskeln im höchsten Grade atrophisch.

Zweiter Fall: Dieser bezieht sich auf einen 68 J. alten Mühleninspector, der 2 Monate hindurch an Trigeminus- und Occipitalneuralgie litt; in deren Gefolge als trophische Störungen Pemphigus und Ekzem im ganzen äusseren

Gebiete des ersten Trigeminusastes und catarrhalische Ophthalmie erschienen sind. Gegen die Schmerzen wurde der faradische Strom mit glänzendem Erfolge angewendet.

Dritter Fall: 58 jähriger Kaufmann zeigt folgende Erscheinungen: a) linksseitige motorische und sensitive Parese b) Paraplegie der unteren Extremitäten mit einfacher, nicht degenerativer Muskelatrophie, c) daselbst die Haut durch feine, dichte atrophirte Gefässnetze durchzogen, d) Schmerzen und Eingeschlafensein in den Füssen, e) atypischen, beschleunigten Puls und Respiration.

Die Anamnese ergiebt, dass die Krankheit seit 2 Jahren dauerte und die Füsse in deren Beginn blauschwarz gefärbt waren, so dass Gangrän zu befürchten war. Auf Grund dessen hält Vortr. den Fall für symmetrische Asphyxie und macht diese von der Affection der Medulla oblongata abhängig. Die vasomotorischen Störungen waren zu Anfang an den Füssen von einer ganzen Reihe von trophischen Störungen begleitet; Oedem, Ekzem, Muskelatrophie und Periostitis. In therapeutischer Hinsicht rühmt Vortr. die vorzügliche Wirkung der electr. Bäder.

An der Discussion betheiligten sich Prof. Schwimmer, Prof. Pertik und Dr. Schwarz.

Ostermayer.

IV. Sociéte médico-psychologique.

Sitzung vom 25. November 1889. (Ann. méd. psych. Januar 1890.)

265) **Christian**: *Des injections sous-coutanées d'ergotinine dans le traitement des attaques epileptiformes et apoplectiformes de la paralysie générale et des affections chroniques du cerveau.* (Subkutane Anwendung von E. bei epileptiformen und apoplektiformen Anfällen der Paralytiker und anderer chronischer Hirnkranken.)

Chr. erwähnt die günstige Wirkung des E. (1 mgr.) bei genannten Zuständen, was indess von anderen bestritten wird. Garnier hat insbesondere bei maniakalischer Erregung der Paralytiker keinen Erfolg gesehen.

Otto.

V. Académie de Médécine.

Sitzung vom 25. März, 13. Mai 1890. (Le Progrès médical 1890. Nro. 15, 20.)

266) **Mesnet**: *Ueber Autographismus:* 4 Fälle. Die physischen wie die psychischen Symptome beweisen, dass die Individuen, bei denen sich das in Rede stehende Phänomen findet, hysterisch sind. Es lässt sich sowohl auf den sensiblen als den nicht sensiblen Körperpartien hervorbringen; es handelt sich um einen Reflexact, der durch vasomotorische Störungen hervorgebracht wird. Das Phänomen ist nicht vorübergehend sondern persistirt oft sehr lange und wird unter gewissen Einflüsssen — Witterung, Menstruation — stärker. Sämmtliche Individuen waren der Hypnose zugänglich und es ist nach M.'s Ansicht fraglich, ob nicht zwischen den vasomotorischen Störungen, die peripher durch mechanische Wirkung eines Griffels auf die Haut horvorgerufen wurden, und den dynamischen Störungen, welche die Hypnose begleiten eine engere Verwandtschaft besteht.

In den Hexenprocessen des 16. Jahrhunderts wurde diese Erscheinung als ein stricter Beweis für die Anwesenheit des Teufels im Körper angesehen.

267) **Crivelli** (Melbourne) präsentirt die Photographie eines 18 Monate alten Kindes, dessen Genitalien, Brüste und Brustwarzen wie die eines 16 jährigen Mädchens entwickelt sind: die Menstruation ist schon seit 3 Monaten regelmässig eingetreten, sie dauert 3—4 Tage und ihr geht 24 Stunden vorher ein Gefühl allgemeinen Unwohlseins. Das Kind ist der Masturbation in hohem Grade ergeben. Holtermann.

VI. Société médicale des Hôpitaux.

Sitzung vom 28. Februar, 11. April 1890. (Le Progrès médical 1890. Nro. 10, 15.)

268) **Ballet** spricht über *Verfolgungsideen bei Morbus Basedowii*, bei Erwähnung eines Falles, in dem der betreffende Kranke einen Mordversuch gegen seinen Vater und einen Selbstmordversuch gemacht hatte. Der Ausgangspunkt der Delirien waren Hallucinationen des Gesichts, des Gehörs und einzelne des Geruchs; dazwischentretende Träume begünstigten die Entwickelung. Die Natur des Delirs ist nicht die der systematischen progressiven Psychosen, da die Gesichtshallucinationen praedominiren, die doch im wahren Delir selten sind; eine Intoxication war ebenfalls auszuschliessen. B. meint nun, dass die Hallucinationen hysterischen Charakters waren; es wirkten in diesem Falle zwei Elemente zum Zustandekommen des Delirs, die Hysterie schuf die Hallucinationen, der M. B. bemächtigte sich ihrer und bedient sich ihrer, um die Verfolgungsideen zu Tage zu fördern.

Joffroy formulirt seine Ansichten über die Beziehungen zwischen Geistesstörung und M. B. dahin:

1. Die psychischen Störungen bei M. B. können so stark werden, dass sie das Bild des Wahnsinns oder der Melancholie darbieten können; sie sind indessen nur symptomatisch für den M. B.

2. Die psychischen Störungen können sich bei Personen entwickeln, die früher an Wahnsinn gelitten haben, dann sind sie nicht Symptome des M. B. sondern der früheren Geistesstörung.

3. Bei praedisponirten Personen treten zum M. B. leicht geistige Erkrankungen, die nicht gerade symptomatisch für M. B. sind, jedoch mit diesem insofern zusammenhängen, als er die Prädisposition schafft. J. erwähnt dann den Fall einer 23 jährigen Dame, die in Folge eines heftigen Schreckens über einen tollen Hund an Albdrücken litt. Dies verschwand nach einiger Zeit; später stellten sich die Erscheinungen des M. B. wieder ein und mit diesen erschienen wieder das Albdrücken und bald wirkliche Hallucinationen. Nach J.'s Ansicht war das erste Alpdrücken hysterischer Natur; der M. B. hat später den zurückgebliebenen Keim der Hysterie von Neuem erweckt und verstärkt, so dass die erwähnten geistigen Störungen von der Hysterie und dem M. B. abhängen.

269) **Barrier**: *Ueber einige Formen des partiellen Delirs bei Typhus im Beginn und während der Fieberperiode.* Es treten zwei Formen auf, das Persecutions- und das religiöse Delir. Das erstere erscheint während der Fieberperiode, die die Kranke beherrschende Idee ist, dass sie vergiftet werden; dabei sind Gehörshallucinationen häufig; einzelne Kranke beobachten Mutismus. Die Dauer ist 11—34 Tage, die Prognose günstig, keine Nachkrankheit. Die zweite Form fand B. bei erblich belasteten Individuen. Die

cerebralen Störungen weichen erst mit dem Fieber, aber die Kranken bleiben geisteskrank.

Hypnotica waren ohne Wirkung, nur Opium in grossen Dosen, 0,15—0,8, brachte etwas Beruhigung. Holtermann.

VII. Société de Biologie.

Sitzung vom 25. Januar, 1. 8. 15. 22. Februar, 1. März, 26. April, 3. 10. Mai 1890.
(Le Progrès médical 1890. Nro. 5, 7, 8, 9, 10, 18, 19, 20.)

270) **Laborde** spricht *über die Funktion des Kleinhirns.* Er stimmt mit den Ansichten von Flourens überein, dass oberflächliche Laesionen ohne Erfolg sind, erst tiefe bis auf die Pedunculi gehende führen Incoordination herbei; bei Hühnern, die noch 2 Jahre nach Abtragung des Kleinhirns lebten, war die Muskelkraft nicht erloschen; durch Gewichte, die er ihnen an die Füsse hing, konnte er constatiren, dass eine Parese nicht statthabe. Der Fall von Vulpian, der eine Frau betrifft, die nur gehen konnte, wenn sie einen Stuhl vor sich herschob, bildet eine Stütze seiner Ansicht; bei derselben war die Muskelkraft sehr beträchtlich; bei der Section fand sich eine völlige Zerstörung der grauen Rinde des Kleinhirns. L. hat selbst zwei Fälle von Kleinhirntumoren beobachtet mit Symptomen von Incoordination und Unfähigkeit zu gehen. In einem der Fälle war die Muskelkraft völlig erhalten.

271) **Arthraud und Bulle**: *Ueber den Einfluss des Vagus auf die Gallensecretion.* 1. Faradische Reizung des Vagus in seinem Verlaufe hat eine Vermehrung der Gallensecretion im Gefolge. 2. Diese Vermehrung ist eine Folge der centripetalen Erregung, denn die Reizung des peripheren Endes nach Durchschneidung des Vagus hatte im Gegentheil eine Verminderung der Secretion zur Folge. 3. Diese Erscheinungen sind nicht bedingt durch die Wirkung von Circulationsstörungen, denn die Reizung unterhalb des Herzens hatte gleiche Wirkung wie die am Halse. Die Wirkung des Vagus auf die Leber ist eine vasomotorische.

272) **Déjérine** fand kürzlich bei Gelegenheit der Autopsie eines mit *Syringomielie* behafteten Kranken, der an Analgesie und Thermanaesthesie litt, neben einem Gliom im Halsmark, welches die graue Substanz der Hörner verdrängte und comprimirte, eine ausgedehnte periphere Neuritis an den Nerven der Extremitäten. D. meint nun, dass, wenn noch mehr derartige Fälle bekannt würden, in denen periphere Neuritiden mit centralen Läsionen, die so bestimmt ausgesprochene Symptome, wie das Gliom verursachen, in Gemeinschaft vorkämen, die zur Zeit gültigen physiologischen Anschauungen modificirt und zugegeben werden müsse, dass specielle Leitungsnerven für Wärme und Kälte, für die taktile Sensibilität existiren, und folgerichtig noch eine periphere Specialisation, die durch Störungen in den Funktionen der centralen Specialisation mitbetroffen werden könne.

274) **Cazal**: *Spinale Amyotrophie in Folge von Gelenkentzündung.* Fall aufs rechte Knie, Gelenkentzündung, Atrophie der Extensoren des Oberschenkels. Kniephänomen stark gesteigert, die Hervorrufung desselben ist von einem unwillkürlichen Schrei des Kranken begleitet, der nicht auftritt, wenn der linke Patellarreflex ausgelöst wird. Hysterie ist ausgeschlossen. Es handelt sich nach C's Ansicht um eine spinale Reflexläsion, die sich auf die ganze Länge des Rückenmarkes erstreckt bis auf die höheren Centren.

274) **Dejerine** berichtet über eine rechtseitige Radialislähmung bei einem Tabiker, die plötzlich ohne äussere Veranlassung entstand, sämmtliche Vorderarmmuskeln mit Einschluss des Supinator longus betraf und ein eigenthümliches elektrisches Verhalten darbot. Die musculäre Contractilität war erhalten wie bei leichten Radialislähmungen, dagegen hatte der Nerv in seiner ganzen Länge seine elektrische Erregbarkeit eingebüsst, verhielt sich also wie bei schweren Radialislähmungen. Die plötzliche Entstehung, die kurze Dauer und spontane Heilung dieser Lähmung stellen dieselbe in gleiche Linie mit den Augenlähmungen, den Hemiplegien sowohl des Facialis als der Extremitäten, wie sie im Verlaufe der Tabes auftreten.

275) **Letulle et Vaquez:** *Autopsie eines an Friedreich'scher Krankheit gestorbenen Individuums.* Die Dauer der Erkrankung betrug 11 Jahre; es bestand Ataxie, Nystagmus, haesitirende und scandirende Sprache, der Tod erfolgte an Insufficienz der Mitralis. Die Autopsie ergab: Congestion der Meningen, Sclerose der Hinterstränge, in geringerem Grade des Seitenstrangs; die Clarke'schen Säulen waren stark vermindert an Zahl. In der Dorsal-Cervicalregion waren die Läsionen die gleichen. Nach L's Ansicht handelt es sich bei der Friedreich'schen Erkrankung um eine congenitale Missbildung des Rückenmarks. (Ueber die mikroskopische Untersuchung berichten Blocq und Marinescu in der nächsten Sitzung.)

276) **Féré:** hat in neuerer Zeit Untersuchungen angestellt über toxische Stoffe im Urin und ist zu Resultaten gelangt, die seinen früheren Untersuchungen entgegengesetzt sind. Der Urin wurde vor und nach dem Anfall gesammelt, — es handelt sich um einen Epileptiker mit nächtlichen Anfällen ohne Incontinentia urinae —, so dass der erstere Tagesurin, der letztere Nachturin war. Der vor dem Anfall gelassene Urin hatte bedeutend stärkere toxische Wirkungen als der nach dem Anfall gesammelte.

Die männlichen Lapins, denen dieser Urin injicirt wurde, können den Versuch überleben, die weiblichen werden unfruchtbar, nur eins von vieren wurde befruchtet und gebar ein todtes sehr kleines Junge, bei zwei anderen männlichen Lapins liess sich nach 14 Tagen eine Paraplegie mit trophischen Störungen der Haut des Rückens, Ausfall der Haare, Schorfe und ausgedehnte Ulcerationen constatiren. Da nun der gleich nach dem Anfall gelassene Urin immer eine Quantität vor dem Anfall secernirten Urins enthält, indem der Kranke doch nicht direct vor dem unmittelbaren Einsetzen des Anfalls uriniren kann, so muss man eigentlich 3 Urinmengen unterscheiden: 1. der vor dem Anfall, 2. der unmittelbar nach dem Anfall und 3. der einige Zeit nach dem Anfall gelassene Urin. Diese drei Urinsorten wurden 3 Lapins desselben Wurfes injicirt und gaben sehr deutliche Resultate. Mit 10 Cubikcentimeter vor dem Anfall gelassenen Urins erreichte man Convulsionen, während zur Hervorbringung der gleichen Wirkung 20 Cubikcent. des unmittelbar nach dem Anfall und 125 Cubikcent. des später gelassenen Urins nöthig waren.

277) **Onanoff:** Der *Bulbo-cavernöse Reflex* ist eine brüske Contraction der Musculi bulbo- und ischio-cavernosi, der dem Finger deutlich fühlbar ist und in Folge mechanischer Reizung der Glans sich auslösen lässt. Bei 62 Erwachsenen war derselbe constant, er ist abgeschwächt bei Greisen mit Ver-

lust der Potenz. Bei der Hemiplegie ohne Complication ist er normal, bei Tabes abgeschwächt, parallel mit der Abnahme der Genitalfunction, ausgenommen wenn die Impotenz nur vorübergehend ist. Bei Diabetikern, impotenten Neurasthenikern findet man eine Abschwächung des Reflexes; in einem Fall von traumatischer Myelitis, in dem der Kranke an unwillkürlichen Erectionen litt, liess sich eine Steigerung nachweisen. Die Abschwächung des Reflexes zeigt demnach eine Abnahme der geschlechtlichen Potenz, sein Erlöschen eine organische an.

279) **Royer**: *Einfluss vasomotorischer Störungen auf die Entwickelung des Erysipels.* Es handelte sich darum festzustellen, ob nach Durchschneidung des Sympathicus der Widerstand der Gewebe gegen infectiöse Stoffe modificirt wird. R. wählte zu diesem Zwecke den Streptococcus des Erysipels, von dessen Kultur 8 Kaninchen unter die Haut jeden Ohres an symmetrischen Stellen 6—8 Tropfen gebracht wurden; dann wurde das obere Cervicalganglion des Sympathicus an einer Seite durchschnitten. Das Resultat war in allen Fällen das gleiche. In den ersten Tagen erschien das Ohr der Seite, an welcher der Sympathicus durchschnitten war, stärker von Erysipel befallen, heisser, röther, oedematöser. Am 3. oder 5. Tage wechselt das Bild, das Ohr der Seite mit intaktem Sympathicus ist stark oedematös, schwer und hängt herab; am 6. oder 8. Tage ist das Ohr der Seite mit durchschnittenen Nerven geheilt, während an dem anderen Ohre die Entzündung zugenommen hat oft bis zum Brandigwerden. Die vasomotorische Paralyse begünstigt im Anfange die Infection, sie begünstigt aber auch die Diapedese, daher geht nach wenigen Tagen die Erkrankung an der gelähmten Seite zurück, während an der normalen Seite die Entzündung fortdauert resp. zunimmt.

Holtermann.

V. Tagesgeschichte.

— **Berlin.** Der X. internationale Congress hat vom 4. bis bis zum 10. August in Berlin getagt und einen in jeder Hinsicht glänzenden Verlauf genommen. Die Anzahl der Theilnehmer überstieg 5000 um ein bedeutendes. Wir werden wiederholt Gelegenheit haben, auf die Verhandlungen des Congresses zurückzukommen.

— Die Internationale Kriminalistische Vereinigung hat vom 12. bis zum 14. August ihre zweite Hauptversammlung in Berlin abgehalten. Von Psychiatern war Prof. A. Forel-Zürich erscheinen. Den ersten Gegenstand, an dessen Berathung Forel sich lebhaft betheiligte, war die Frage „Wie ist der Begriff der unverbesserlichen Gewohnheits-Verbrecher im Gesetze zu bestimmen, und welche Maassregeln sind gegen diese Verbrecher zu empfehlen?“

Nach einem Referate v. Lilienthals und lebhafter Discussion wurden folgende Thesen angenommen: 1. es giebt *Uebelthäter,* bei denen wegen ihres *physischen* und *moralischen* Zustandes die *gewöhnliche Reaction* der ordentlichen Strafe *nicht* ausreicht. 2. Es gehören hierzu namentlich *wiederholt Rückfällige,* welche als entartete oder gewerbsmässige Verbrecher anzusehen sind. 3. Diese Uebelthäter sind je nach dem *Grade der Entartung und Gefährlichkeit* zum Zwecke der Unschädlichmachung und womöglicher Besserung *besonderen Maassnahmen* zu unterwerfen.

Wir denken auf den Inhalt dieser Discussion baldigst näher zurückkommen zu können. Wir erwähnen aus den weiteren Verhandlungen noch die, die über das jugendliche

Verbrecherthum; hier waren drei Fragen zur Discussion gestellt 1. Mit welchem Alter soll die strafrechtliche Verfolgung jugendlicher Verbrecher beginnen? 2. Soll die Zulässigkeit der Zwangsziehung von der Begehung einer strafbaren Handlung abhängig gemacht werden? 3. Ist es nothwendig und zweckmässig, die Behandlung jugendlicher Verbrecher von der Unterscheidung abhängig zu machen, ob sie mit der zur Erkenntniss der Strafbarkeit nothwendigen Einsicht gehandelt haben? Unter Vorbehalt späterer redactioneller Formulirung wurde beschlossen: 1. die geographischen und ethnographischen Einflüsse anerkennend, ist die Vereinigung der Meinung, dass *Kinder unter 14 Jahren strafrechtlich nicht verfolgt* werden können. 2. Die Frage betreffend das *Unterscheidungsvermögen eines Kindes,* soll abgeschafft und durch die Frage ersetzt werden, ob es angemessen erscheint, dasselbe staatlicher Vormundschaft zu unterstellen, 3. die gegenüber *schuldigen* oder *vernachlässigten* Kindern in Anwendung zu bringende *Behandlung* hat sich je nach der Individualität derselben zu richten.

— **The New Royal Edingburgh Asylum.** On the 16th of July the Comemoration stone of the new Asylum for the Insane at Craig House near Edingburgh was laid by the Earl of Stair nin presence of a distinguished assembly. Part of the walls of the new Asylum is already biult. The situation is a little west from the present Morningside Asylum for pauper lunatics. It is intended for boarders of the wealthier classes. The old East House Asylum, which so long served for this purpose, had become unsuitable owing to the grounds being overlooked by new streets and to the new Suburban Railwey being laid near to the buildings, which disturbed the patients at night. The fundation stone of the East House was laid in 1809; and the first patient was received on 13. July 1813. Four were admitted during that year; ten during the next; and at the close of 1836 there were thirty eight patients. In 1840 a large Asylum was erected towards the west for the pauper lunatics of Edingburgh and Leith. At present there are about 800 patients in the two Asylums. The new Asylum will have accommodation for 150 patients. The expense will amount to about L 66000 besides the cost of heating, painting, and furnishing. To meet this the managers have nearly L 20000 form the surplus revenue of the East House and expect to get as much from the sale ot the old building. The rest of the money will be raised on loan. A number of guests were entertained at luncheon and addresses, were delivered, by Professors Douglas Maclagan, Grainger, Stewart, Chiene, and Dr. Clouston the well known Physician-Superintentent of the Morningside Asylums.

W. W. Ireland.

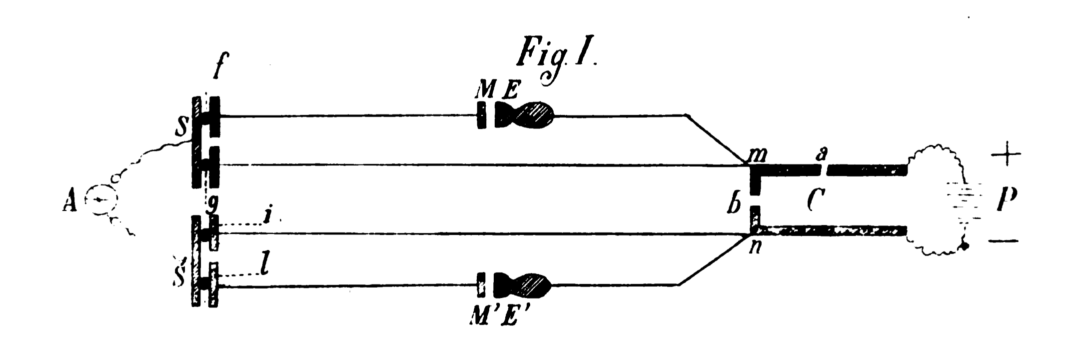
— Die erste Privat-Irren-Anstalt Galiziens ist am 14. Juli in Krakau eröffnet worden, und zwar nach vorausgegangener Einsegnung durch einen Geistlichen. Besitzer und ärztlicher Leiter ist Docent Dr. Zulawski.

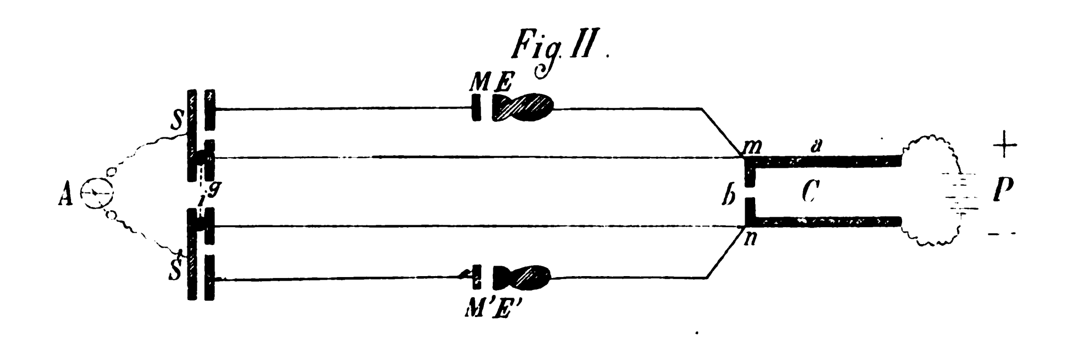
— Prof. Fürstner in Heidelberg ist nach Strassburg als Nachfolger Jolly's auf den Lehrstuhl der Psychiatrie berufen worden. H. Prof. Obersteiner in Wien ist zum correspondirenden Mitglied der Société de médecine mentale de Belgique ernannt worden.

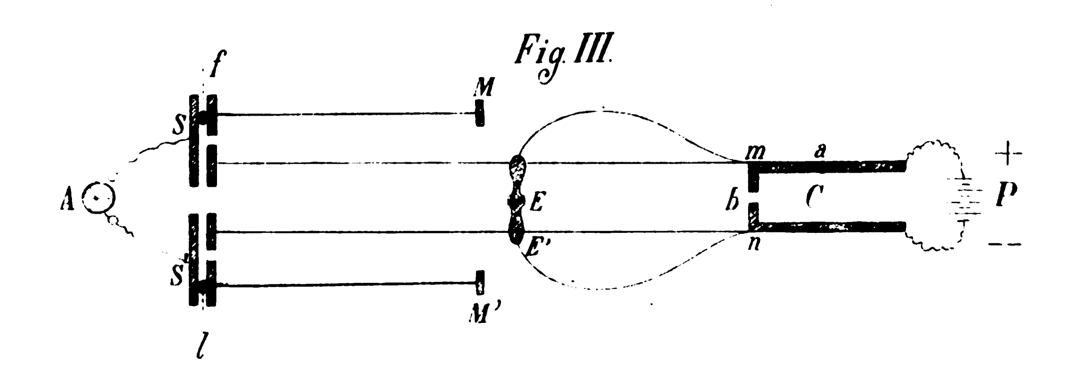
Wie Prof. O. Rosenbach in der Berliner klin. Wochenschrift mittheilt, tritt die **Influenza** seit Mitte Juli in Breslau wieder auf, und zwar wesentlich in ihrer nervösen Form.

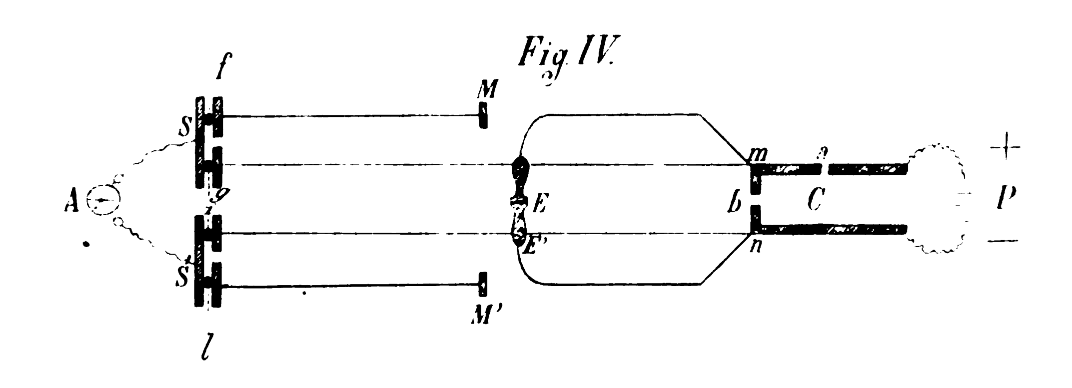
— Die als *Maison de Santé* bekannte Privat-Irren-Anstalt zu Schöneberg bei Berlin ist in den alleinigen Besitz des Dr. W. Levinstein übergegangen, der unter fortdauernder ärztlicher Direction von Dr. Jastrowitz zugleich die Functionen des Secundärarztes der Anstalt versieht. —

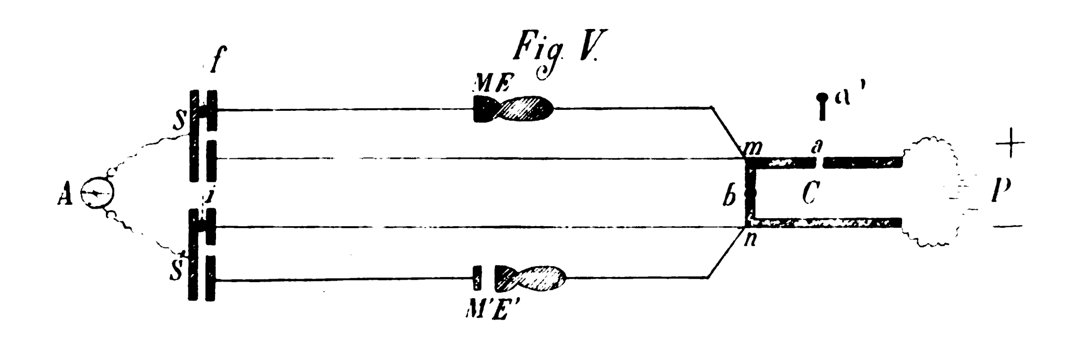


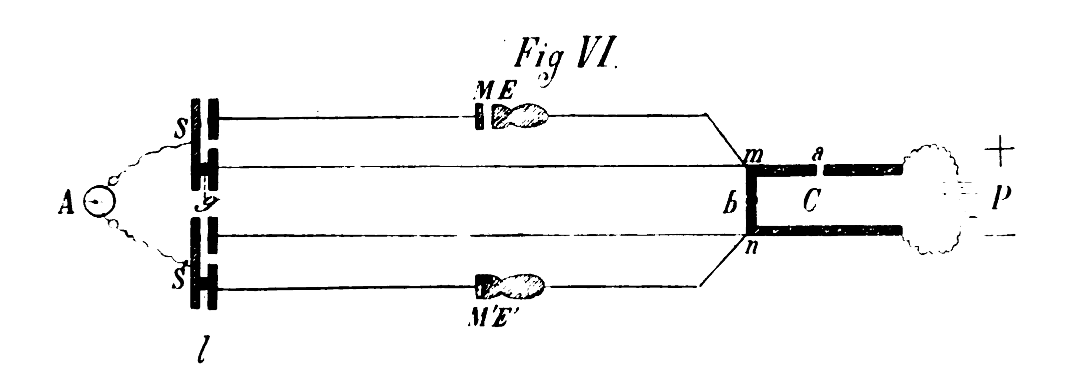

Fig. I.
f
M E
S
m
a
+
A
g
i
b
C
P
l
n
S'
M'E'


Fig. II.
M E
S
m
a
+
A
g
i
b
C
P
n
S'
M'E'


Fig. III.
f
M
S
m
a
+
A
E
b
C
P
E'
n
S'
M'
l


Fig. IV.
f
M
S
m
a
+
A
g
E
b
C
P
E'
n
—
S'
M'
l


Fig. V.
f
ME
S
a'
m
a
+
A
i
b
C
P
n
—
S'
M'E'


Fig. VI.
ME
S
m
a
+
A
g
b
C
P
n
—
S'
M'E'
l

Inhalt des September-Heftes.

Nro. 248) Ch. Féré, Faits pour servir à l'histoire des troubles trophiques dans la paralysie générale des aliénés.

Nro. 249) J. Turner, Remarks on the urine and temperature in general paralysis of the insane.

2. **Therapie.**

Nro. 250) Guicciardi, L'iperalimentazione nel delirio acuto; nota preventiva.

Nro. 251) W. Channing, Physical training of the insane.

3. **Anstaltswesen**

Nro. 252) Zur Pflege der Irren, Idioten, Epileptiker und Taubstummen in der preussischen Rheinprovinz.

4. **Bibliographie.**

Nro. 253) A. Leppmann, Die Sachverständigen-Thätigkeit bei Seelenstörungen. Besprochen von Neisser, Leubus.

Nro. 254) A. Cullerre, die Grenzen des Irreseins. Besprochen v. Ascher, Dalldorf.

C. Degenerations-Theorie und Criminalistik.

Nro. 255) A. Severi, Rotwelsch der Florentiner Verbrecher.

Nro. 256) Forel, Uebergangsformen zwischen geistiger Störung und geistiger Gesundheit.

Nro. 257) Bourneville, Nouvelle observation d'idiotie myxoedemateuse (cachexie pachydermique).

Nro. 258) Cl. Neisser, Simulation von Schwachsinn bei bestehender Geistesstörung.

Nro. 259) v. Krafft-Ebing, Excesse, begangen in krankhafter Bewusstlosigkeit.

IV. Aus den Gesellschafts- und Vereins-Verhandlungen.

I. Verein der Aerzte in Krain.

Nro. 260) Keestbacher, Ueber einen Fall unter dem Bilde schwerer Myelitis verlaufender Influenza.

II. Verein der Aerzte in Steiermark.

Nro. 261) Slaymer, Ueber geheilte perforirende Schusswunde des Stirnhirns.

III. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Nro. 262) Kétli, Ueber einen seltenen Fall von Rückenmarksleiden.

Nro. 263) Carl Schaffer, Ueber die electrischen Verhältnisse derHysterischen.

Nro. 264) Samuel Scheiber, Casuistik aus dem Gebiete der Trophoneurosen.

IV. Société médico-psychologique.

Nro. 265) Christian, Ueber subcutane Anwendung von Ergotin bei epileptiformen Anfällen der Paralytiker.

V. Académie de Medécine.

Nro. 266) Mesnet, Ueber Autographismus.

Nro. 267) Crivelli, Ueber ein 18 Monat altes menstruirtes Kind.

VI. Société médicale des Hôpitaux.

Nro. 268) Ballet, Ueber Verfolgungsideen bei Morbus Basedowii.

Nro. 269) Barrier, Ueber einige Formen des partiellen Delirs bei Typhus,

VII. Société de Biologie.

Nro. 270) Laborde, Ueber die Function des Kleinhirns.

Nro. 271) Arthraud et Butte, Ueber den Einfluss des Vagus auf die Gallensecretion.

Nro. 272) Déjérine, Neuritis und Syringomyelie.

Nro. 273) Cazal, Ueber spinale Amiothrophie in Folge von Gelenkentzündung.

Nro. 274) Déjérine, Ueber eine rechtsseitige Radialislähmung bei einem Tabiker.

Nro. 275) Letulle et Vaquez, Autopsie eines an Friedreich'scher Krankheit gestorbenen.

Nro. 276) Féré, Ueber toxische Stoffe im Urin.

Nro. 277) Onanoff, Ueber Bulbo-cavernösen Reflex.

Nro. 278) Royer, Ueber Einfluss vasomotorischer Störungen auf die Entwicklung des Erysipels.

V. Tagesgeschichte.

Coblenz, Druck von Philipp Werle (Löhrstrasse 28).

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dem Begründer des Blattes,

Prof. Charcot in Paris, van Deventer in Amsterdam, Dr. Ireland in Preston-Pans, Prof. Kowalewskij in Charkow,

Prof. Lange in Kopenhagen, Prof. Lombroso in Turin, Prof. Obersteiner in Wien, Prof. Seguin in New-York.

Redigirt von

Dr. Hans Kurella in Kreuzburg.

Verlag von W. GROOS, Königl. Hofbuchhandlung (Kindt & Meinardus).

Coblenz u. Leipzig.

XIII. Jahrgang. **1890 October.** Neue Folge I. Band.

I. Originalien.

I.

Laboratorium für Psychiatrie und gerichtliche Medicin der Turiner Universität unter der Leitung des Prof. Lombroso.

Das Gesichtsfeld der Epileptiker (ausserhalb des Anfalls) und der geborenen Verbrecher (moralisch Irrsinnigen).

Von Dr. S. OTTOLENGHI,

Assistent und Privatdocent der gerichtlichen Medicin.

Während über das Gesichtsfeld der gebornen Verbrecher noch keine Beobachtungen gemacht wurden, studirten Thomsen, Oppenheim, Magnan, D'Abundo, Agostini u. A. das der Epileptiker. Allein diese Beobachter studirten die Modificationen des Gesichtsfeldes, insbesondere nach dem Anfalle; nur Einige bemerkten mit Heranziehung von wenigen Angaben dass dasselbe auch ausserhalb des Anfalles, eingeschränkt ist; eine Einschränkung jedoch, die so vielen Neurosen eigen ist, dass dieselbe als diagnostisches Merkmal unbrauchbar wird.

Ich habe das Gesichtsfeld bei 25 typischen gebornen Verbrechern untersucht, (echte moralisch Irrsinnige) und bei 12 typischen Epileptikern ausserhalb des Anfalles, und zwar mit der Landolt'schen sowie mit der Bjerrum'schen Methode. Letztere wurde in Anwendung gebracht, um erstere zu controlliren. Die Ergebnisse entsprachen einander, dabei sind jedoch die verschiedenen Beobachtungsverhältnisse, welche die Methode zu einer minder constanten und minder genauen machen, zu berücksichtigen. Das Gesichtsfeld wurde mittels der Laudolt'schen Methode genau in der Ausdehnung von 24 Sectoren für jedes Auge bei der Bjerrum'schen Methode aber 20 Sectoren bestimmt. Durch Ausrechnung der Durchschnittszahlen der verschiedenen Resultate in entsprechenden Sectoren eines jeden Auges (nach Laudolt's Methode) habe ich eine Durchschnitts-Uebersicht des Gesichtsfeldes aufstellen können, die durch Fig. 1 für die Epileptiker, durch Fig. 2 für geborne Verbrecher, sowie durch folgende zwei Formen ersichtlich gemacht wird.

Durchschnittszahlen der Gesichtsfelder bei Epileptikern.

O. D.	Aeusseres - Oberes:	51, 47, 41, 38, 40, 41	—	Unteres	40, 41, 40, 39, 37, 38.
	Inneres - Unteres:	39, 41, 44, 54, 60, 64	—	Oberes	63, 63, 63, 63, 58, 54.
O. S.	Aeusseres - Oberes:	37, 39, 38, 37, 40, 43	—	Unteres	43, 39, 34, 39, 41, 46.
	Inners - Unteres:	51, 54, 59, 65, 66, 67	—	Oberes	66, 65, 62, 53, 46, 38.

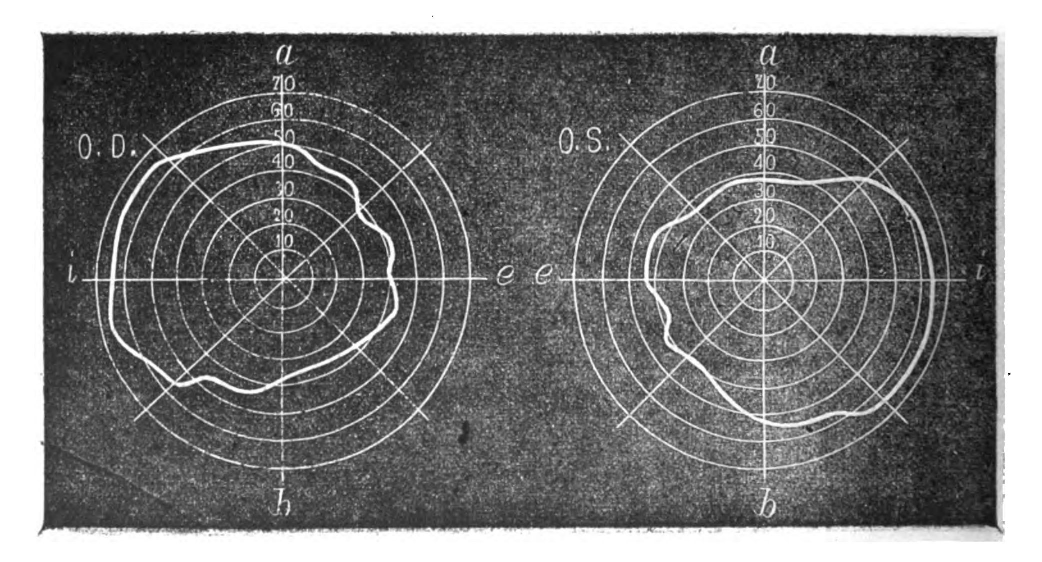
Durchschnittszahlen der Gesichtsfelder bei geborenen Verbrechern.

O. D.	Aeusseres - Oberes:	46, 46, 43, 36, 36, 37	—	Unteres:	39, 41, 39, 37, 34, 32.
	Inneres - Unteres:	31, 34, 41, 45, 63, 63	—	Oberes:	69, 68, 67, 61, 55, 50.
O. S.	Aeusseres - Oberes:	38, 37, 39, 39, 37, 38	—	Unteres:	38, 39, 37, 34, 38, 39.
	Inneres - Unteres:	45, 38, 49, 55, 61, 67	—	Oberes:	70, 67, 58, 45, 63, 35.

Daraus ersieht man:

1) Das Gesf. ist bedeutend eingeschränkt, sei es bei Epileptikern ausserhalb des Anfalles, sei es bei gebornen Verbrechern, aber noch mehr bei diesen als bei jenen.

Fig. 1.



2) Die Beschränkung des Gesfds. zeigt eine eigenthümliche Vertheilung: es ergiebt sich eine partielle untere rechtsseitige Hemiopie und eine partielle untere linksseitige, insbesondere den zwei Quadranten entsprechend. Es handelt sich nämlich um eine partielle verticale, verschiedenseitige, höchst seltene Hemiopie, die von einigen Autoren (Nuel, Ampliopies et amauroses — Wecker und Landolt, Traité d'ophtalmologie VIII p. 593) angezweifelt wird, und die nur in seltnen Fällen, von Mauthner und Schweizer, nicht bei Hysterie, beobachtet wurde.

Fig. 2.

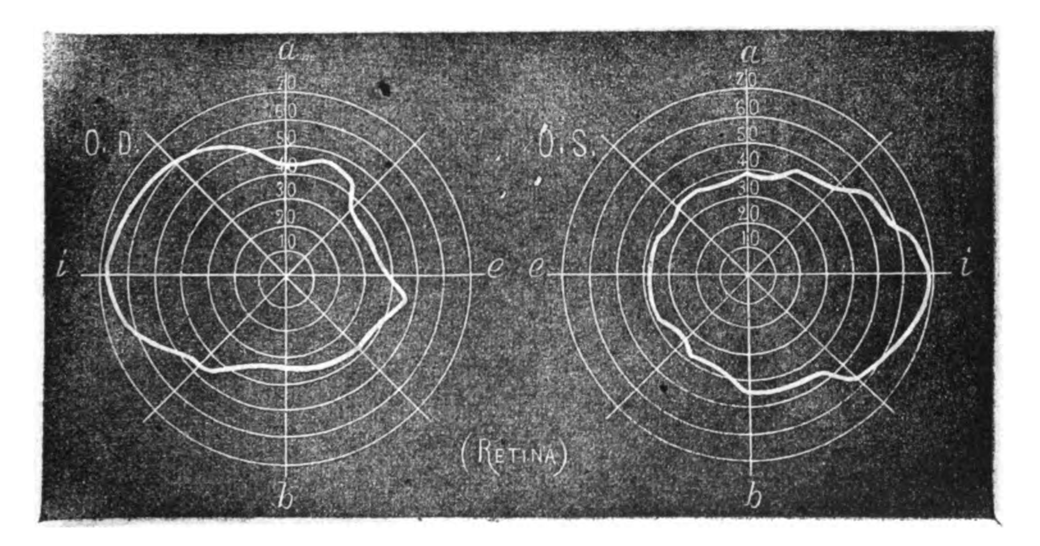
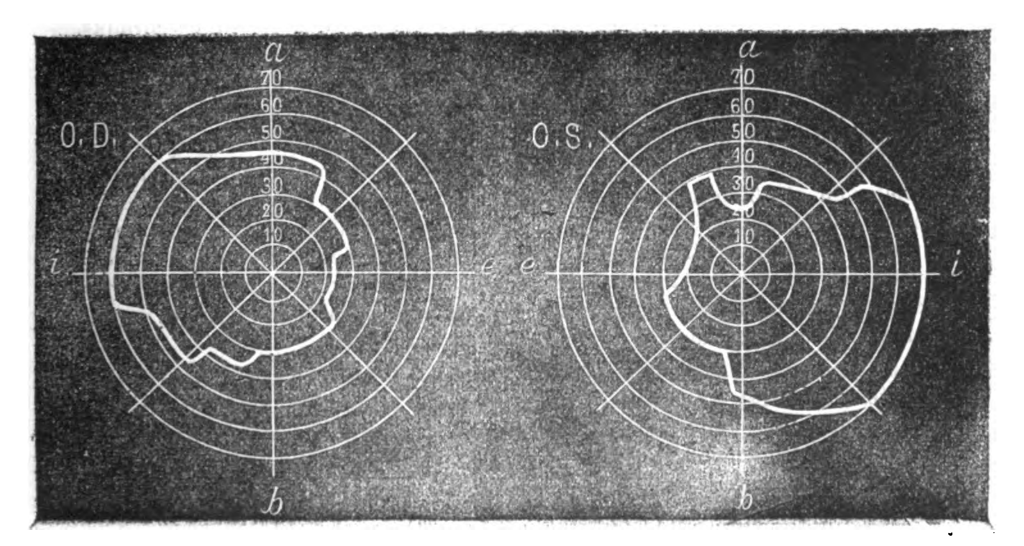


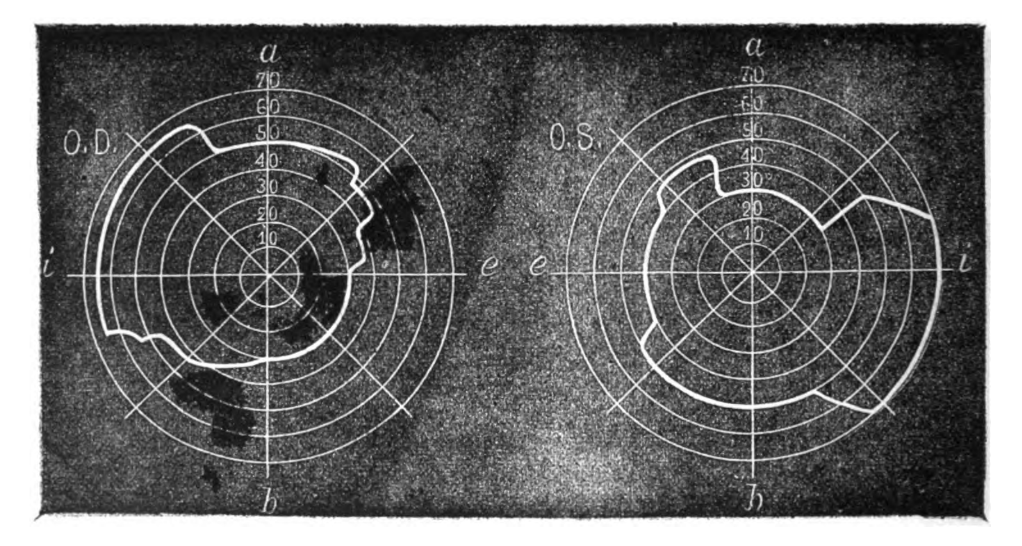
Fig. 3.



Diese Beschränkung findet man beim Gesf. der Epileptiker sowie der gebornen Verbrecher. (Siehe Fg. 1 und 2.)

Bei näherer Betrachtung der individuell erhaltnen Resultate (die einzelnen Beobachtungen werden im *Giornale della R. Accademia medica di Torino* ausführlich erscheinen) fand ich, wie dies aus den zwei Gesichtsfeldern hervorgeht, von denen das eine einem Epileptiker, das andere einem gebornen Verbrecher angehört und die ich hier beifüge (Fg. 3 und 4) folgendes:

Fig. 4.



1) Sowohl bei Epileptikern (12 unter 12) als bei gebornen Verbrechern (25 unter 25) ist das Gesf. im Vergleich zum Normalen merklich beschränkt.

2) Bei allen Epileptikern und bei 23 unter 25 der geb. Verbrecher bemerkte ich eine constante Unregelmässigkeit bezüglich des Umfanges des Gesichtsfeldes, weshalb die Grenzlinie längs den verschiedenen Sectoren geschlängelt, gebrochen, unregelmässig mit mehr oder weniger ausgesprochnen Einkerbungen versehen erscheint, die in einigen Sectoren echte, periphere Scotome von gänzlich in constanter Lage bilden. (Fg. 3 und 4.) Und es ist eben in Folge dieser inconstanten Lage solcher Einkerbungen, dass jenes, bei individuellen Gesichtsfeldern constant auftretende Merkmal nicht im Durchschnittstypus (Fig. 1 u. 2) erscheint, wo sich die verschiedenen, nicht symmetrischen Einbuchtungen ausgleichen, indem eine mehr oder weniger regelmässige, leicht geschlängelte Linie an deren Stelle tritt.

3) Bei fast allen Epileptikern, (10 unter 12) und gebornen Verbrechern (20 unter 25) zeigt sich das Gesichtsfeld mehr eingeschränkt rechts in der unteren Hemisphäre und links in der oberen, insbesondere den betreffenden Quadranten entsprechend, so dass auf diese Weise eine partielle, verticale, gleichzeitige Hemiopie entsteht. Dieselbe ist bei einigen übertrieben, bei

andern kaum angedeutet, so zwar, dass sie im Durchschnittstypus wie wir gesehen haben, auftritt.

4) Bei einem Epileptiker und 3 untersuchten gebornen Verbrechern bemerkte ich eine von Neuroretinitis herrührende äusserste Einschränkung.

5) Das Farbengesichtsfeld zeigt sich bei Allen eingeschränkt, aber im Verhältniss zur normalen Ausdehnung weniger als das weisse.

6) Die Form des Farben-Gesichtsfeldes folgt constant, jedoch mehr oder weniger regelmässig jener des weissen, und zwar sowohl bezüglich der Irregularität der peripheren Grenzen als der partiellen verticalen Hemiopie.

7) Die Gesichtsfelder für blau und roth (obwohl jenes für Roth etwas beschränkter bleibt) kreuzen sich in verschiedenen peripheren Punkten.

8) Die centrale Partie des Gsfdes. zeigt sich normal, sowohl bei den Epileptikern als bei den gebornen Verbrechern, und zwar für das Weisse sowie für die übrigen Farben.

9) Die ophthalmoskopische Untersuchung fiel in der Mehrzahl der Fälle (9 unter 12 Epileptikern, 20 unter 25 gebornen Verbrechern negativ aus.

10) Die centrale Sehschärfe fand ich von der peripheren Gesichts-Empfindung durchaus unabhängig, ja sogar normal bei allen untersuchten Epileptikern und gebornen Verbrechern, grösser als normal bei 8 Epileptikern und 18 geb. Verbrechern.

11) Die übrigen Sinne wie: allgemeine Tast-, Schmerz-, Gehör-, Geschmacks- und Geruchsempfindlichkeit folgen im Allgemeinen der Beschränkung der peripheren Gesichtsempfindung, und zwar constanter bei Epileptikern (65⁰/₀) als bei geb. Verbrechern (52⁰/₀). Bei 2 Verbrechern fehlten manche Empfindungen (Tast-, Schmerz-, Geschmacks- und Geruchsempfindung) gänzlich. Analoge bezüglich des Gesichtsfeldes normaler Individuen, sowie Gelegenheitsverbrecher, hysterischer Frauen, Neurastheniker und Pelagröser angestellten Untersuchungen ergaben beständig die nämlichen bereits bekannten Merkmale, nur ausnahmsweise wird manches der bei Epileptikern und geb. Verbrechern als Regel auftretenden Merkmale gefunden.

Das eingeschränkte Gesichtsfeld mit unregelmässigen Grenzlinien mit Einkerbungen oder peripherischen Scotomen, mit partieller, verticaler, ungleichseitiger Hemiopie bleibt ein characteristisches Merkmal der Epilepsie ausserhalb des Anfalles und des angebornen Verbrecherthums.

Vom ätiologischen Standpunkte aus glaube ich, man müsse diesen Character des Gesichtsfeldes bei Epileptikern und geb. Verbrechern auf besondere Störungen zurückführen, die in der Hirnrinde ihren Sitz haben und den optischen Centren entsprechen.

Ich glaube durch vorstehende Untersuchungen ein neues, diagnostisches Merkmal von genügender Constanz für die Epilepsie ausserhalb des Anfalles zu liefern, ein Merkmal, das erstere von den andern Neurosen, insbesondere vom Hysterismus, wo ich es niemals vorfand, zu trennen vermag, und ein neues Verbindungsglied zwischen Epilepsie und angeborenem Verbrecherthum bildet.

Turin, August 1890.



II.

Zur Lehre vom Wesen der Neurasthenie.

Von Prof. P. J. KOWALEWSKIJ in Charkow.*)

(Schluss.)

Die Theorie Sadowsky's ist auf der andern Seite nur anwendbar in sehr begrenzter Ausdehnung, nämlich zur Erklärung derjenigen Fälle erworbener Neurasthenie, wo die Functionsstörung offenbar die Folge zu eng specialisirter geistiger Arbeit ist, wie bei Lehrern, Buchhaltern etc., neben diesen giebt es andere, durch die Experimente Sadowsky's nicht erklärbare Fälle erworbener Neurasthenie. Für uns handelt es sich um eine Untersuchung der sich im Nervengewebe bei der Neurasthenie im weitesten Sinne abwickelnden Processe, um auf diesem Wege womöglich zu einer Erklärung des Wesens dieser Phaenomene zu gelangen.

Ein Factum, das bisher noch nicht der Discussion unterworfen wurde, ist die Quantität der von diesem oder jenem Organismus entwickelten Energie, und ihre directe Proportionalität zu der ihn bildenden Materie. Die Anreizung eines solchen Organismus zu einer seine Leistungsfähigkeit übersteigenden Arbeit hat, wenn nicht einen völligen Ruin, doch jedenfalls einen Defect seiner Substanz und Organisation zur Folge. Das wird auch für die Elementar-Organismen eines übermässig arbeitenden Nervengewebes gelten; auf der einen Seite wird ein materieller Defect ihres Protoplasma eintreten, auf der andern Seite, bei fortgesetzter Thätigkeit und mangelnder Erholung, eine Anhäufung und ungenügende Abfuhr der Zerfalls-Producte; das erste Moment wird zur Abschwächung, vielleicht zur Suspension der Gewebsthätigkeit führen, und das zweite zur Autointoxication. Störungen letzterer Art werden unter normalen Verhältnissen durch Processe der Circulation beseitigt werden; der Zufluss arteriellen Bluts bringt das nöthige Material für die Function und die substantielle Erhaltung des Gewebes, während die lymphatische und venöse Abfuhr die Producte retrogressiver Metamorphose aus dem Gewebe fortspült. Uebermässige Thätigkeit verbraucht 1. mehr Substanz als durch die Zufuhr an nutritivem Material ersetzt werden kann, und verhindert 2. durch mangelnde Ruhe die Abfuhr des Gewebsabfalls, die auf das Gewebe als fremde, irritirende Substanzen wirken. Bei fortwährender angespannter Thätigkeit deckt der nutritive Abfluss den Verbrauch nicht, sodass das Gewebe in den Zustand der Schwächung, Erschöpfung und Verarmung geräth; auf der andern Seite bewirkt die mangelhafte Abführung der metamorphotischen Producte eine reizende, erregende Intoxication. Zur Vermeidung dieser Schädlichkeit ist es nöthig, dass Arbeit und Ruhe in regelmässigem Wechsel einander ablösen. Bei übermässiger Thätigkeit einer bestimmten Gruppe von Nervenzellen haben wir gewöhnlich auch unzureichende Ruhe, sodass die Zellen in einen Zustand von *Inanition* und Autointoxication gerathen; es wird sich somit um einen *partiellen* Inanitionszustand erschöpfter Theile des Central-Nervensystems handeln, wie auch die Autoinintoxication eben eine partielle, die betreffenden Abschnitte angehende sein wird, während der Organismus im übrigen allseitig normalen

*) Deutsch von der Redaction. K.

Ansprüchen genügt. Die Folge einer theilweisen Autointoxication und einer theilweisen Inanition wird einerseits eine erhöhte Erregbarkeit, andererseits eine schnelle Erschöpfung des Nervensystems sein, d. h. die constanten Characteristica der Neurasthenie.

So kann eine local begrenzte Ueberlastung eines bestimmten Abschnitts des Nervensystems zu Erschöpfung und Neurasthenie führen, aber in der ungeheuren Mehrzahl der Fälle ist die Sache damit nicht zu Ende. Hastig und ununterbrochen arbeiten tagsüber die Opfer der Neurasthenie, um die Nacht am Spieltisch, beim Wein, im Salon etc. zu verbringen. Die einzige Zeit, in der das Nervensystem sich wieder aequilibriren, ernähren und von Abfällen befreien könnte, vergeht somit unter wiederum nachtheiligen und verderblichen Bedingungen.

Der Inanitionszustand der Ganglienzelle, bedingt durch die Unmöglichlichkeit, den Defect an nutritivem Material zu ersetzen, der durch die übermässige, ununterbrochene Thätigkeit hervorgerufen ist, kann sich im weiteren Leben des Individuums mit einem zwiefachen Zustande des ganzen Organismus verbinden; entweder ernährt sich das Individuum ausreichend und kann dann bis zu einem gewissen Grade jenen partiellen Defect ersetzen aus dem Ueberschuss seines nutritiven Säftebesitzes, oder das Individuum ist an und für sich elend, ernährt sich kümmerlich und unzureichend, die Masse der Nahrungssäfte des Organismus ist im allgemeinen ungenügend, dann kommt eine *allgemeine Inanition* des ganzen Organismus hinzu zu der partiellen Hypotrophie gewisser Theile der nervösen Centralorgane. In der That sind die weiteren Schicksale dieser beiden Arten von Neurasthenikern durchaus nicht gleichartig; während für jene erste Kategorie alle Chancen für Besserung und Heilung gegeben sind, zeigen sich für die zweite Kategorie die natürlichen Bedingungen zum Fortgang auf der Bahn der Entkräftung und schliesslich zum Uebergang in Inanitions-Psychosen.

Leider liegen unsere Lebensverhältnisse so, dass da, wo psychische Ueberbürdung, cerebrale Inanition und unzureichende Drainirung übermässig arbeitender nervöser Elemente vorliegt, auch sehr oft unzureichende Ernährung des ganzen Organismus hinzukommt. Man denke an den Studenten, der die ganze erste Hälfe des Tages in Auditorien und Kliniken zubringt, und in der zweiten Hälfte von einem zum andern Ende der Stadt läuft, um Lectionen zu geben, nachdem er kaum seinen Hunger betäubt hat, — ein solcher Defect schreibt sich nicht ausschliesslich von der übermässigen Anspannung der Hirnthätigkeit her. Eine solche Existenz kennt weder Erholung noch ausreichenden Ersatz verbrauchter Substanz. Ist es ein Wunder, wenn solche Leute bis zum Extrem erregbar, reizbar und aufbrausend, und zugleich erschöpft, niedergeschlagen und sorgenvoll sind? Es ist dann auch nicht mehr als natürlich, dass ein solcher Neurastheniker bei erhöhten Ansprüchen zur Zeit der Examina, unter dem Einfluss hochgradiger Anspannung, Ungewissheit, banger Erwartung, Affecten und schliesslich des Misserfolges, an einer Inanitionspsychose, oder an delirium acutum, amentia u. a. erkrankt.

Eine solche Entwicklung ist begreiflich und hat nichts räthselhaftes; die partielle Hypotrophie und Autointoxication der Nervenelemente verbindet sich mit einem allgemeinen Hungerzustande des Organismus, und wenn es dann irgend einmal zu, die gewohnten Verhältnisse überschreitenden

Ansprüchen des Lebens kommt, giebt es einen vollständigen Collaps der nervösen Centralorgane.

Oft kommt es jedoch auch zu keinem besseren Ausgange in solchen Fällen, wo die Neurastehnie sich mit hinreichender und üppiger Ernährung des Organismus verbindet, da die modernen Lebensverhältnisse auch diese besser gestellten Existenzen untergraben und ihren Organismns nicht weniger zerstören, wie in den erstgenannten Fällen. Vor allem zwingen unsere socialen Verhältnisse die arbeitenden Mitglieder der Gesellschaft zur Specialisirung im engsten Bezirk. Man betrachte in dieser Beziehung die gelehrten Berufsarten. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich hier um Kopfarbeit. 40% davon führen ein sitzendes, ein Studirzimmerleben, wenn sie aus dem Hause müssen, nehmen sie einen Wagen und brauchen ihre Füsse nur, wenn sie eine Treppe herauf- oder herabgehen müssen. Dabei ernähren sie sich gut. Somit beschränkt sich die Activität dieser Menschen auf blosse intellectuelle Gehirnarbeit, wobei alle den motorischen und aequilibrirenden Functionen vorstehende Nerven-Elemente chronisch, fast lebenslang im Zustande des Halbschlafs bleiben und schliesslich zu atrophiren anfangen, bis sie auch die von ihnen abhängigen Organe in einen traurigen Zustand der Abnahme oder Verfettung bringen. Und das ist noch nicht alles. Man denkt: das ist ein Mann von Geist, von allseitiger intellectueller Cultur, vertraut mit dem ganzen literarischen Leben u. s. w. Aber da irrt man sich. *Der* ist Mediciner, *der* Philosoph, *der* Mathematiker, *der* Jurist. Jeder interessirt sich auch nur für seine Specialität, — die ungeheure Mehrzahl solcher Gelehrten kennt das allgemeine geistige Leben nur von Hörensagen. Sie können nicht allseitig gebildet sein, dazu langt ihre Zeit nicht hin. Somit verengert sich die Specialisirung noch mehr, und damit verengert sich auch der Umfang der in Thätigkeit befindlichen Nervenelemente, d. h. es steigert sich die Anspannung bestimmt umgrenzter Gruppen von Nerven-Elementen. Und das ist noch nicht alles. Der moderne Gelehrte ist, wie wir sehen, nicht allseitig gebildet, sondern ist ein Jurist, ein Mediciner und dgl. Damit ist die Sache aber nicht erschöpft. Die Specialisirung geht noch weiter. Das Leben producirt: Anatomen, Chemiker, Chirurgen, Accomteure etc., die nur ganz selten sich aus ihrer Nussschale herauswagen und das Leben und Treiben ihres Nachbarn betrachten. Sie haben alle zu viel zu thun, um zusammenkommen und sich mit Interesse und Verständniss miteinander aussprechen zu können. Und in dieser Lage sind nicht nur die Gelehrten. Sehen wir nicht auch bei Beamten, Lehrern, Technikern, Handwerkern etc. überall Specialisirung, überall Abgrenzung der Thätigkeit auf einen kleinen Kreis von Nervenelementen, überall unmässige und ungesunde Inanspruchnahme dieser Elemente neben voller Interesse- und Verständnisslosigkeit für die übrigen Elemente des Nervensystems und die andern Organe des Körpers?

Dieser Zustand der modernen Gesellschaft führt selbst bei günstigen Verhältnissen, bei ausreichender Ernährung des Organismus zur Entstehung partieller Inanitions- und Autointoxicationszustände nervöser Elemente.

Deshalb kann man neurasthenisch werden auch bei einem guten allgemeinen Ernährungszustande des Organismus.

Nun bringt es unsere Organisation mit sich, dass bei starker Anspan-

nung und maximaler Arbeitsleistung auch selbst einer kleinen Gruppe nervöser Elemente ein ebenso intensives Nahrungsbedürfniss eintritt, wie bei anstrengender Muskelarbeit. Wer mehrere ebensolange statistische Tabellen durchgerechnet hat, ist ebenso hungrig, wie ein anderer, der ebensolange Lasten geschleppt oder Holz gesägt hat. Nach der Arbeit gehen Gehirnarbeiter und Muskelarbeiter mit gleichem Trieb und Eifer an ihre Mahlzeit, und vertilgen im wesentlichen gleiche Mengen von Nahrungsstoffen. Dagegen ist in beiden Kategorieen von Fällen der zu ergänzende organische Defect nicht derselbe, und deswegen ist auch ein verschiedenes Erforderniss nach Material zur Ergänzung dieses Defectes vorhanden.

Natürlich ist die Quantität der vom Kopfarbeiter durch seine Thätigkeit verbrauchten Materials geringer, deswegen bedarf er zum Ersatze auch nur einer geringeren Menge von Nährstoffen; so kommt es zur Anhäufung überflüssiger Nahrungsstoffe, zur Ablagerung des Vorraths oder Ueberschusses in dem betreffenden Organismus.

Trotz dieses reichen Vorraths an allgemeinem Nährmaterial verringert sich der partielle Hungerzustand der bei einem geistig überarbeiteten Menschen thätigen Nervenelemente nichts destoweniger nicht, denn zur Ausgleichung des Defects gehört ein bestimmter Zeitraum der Ruhe und Ausspannung — und den weiss der moderne Mensch nicht zu finden.

Deswegen ist gerade bei übermässigem Nährmaterial für gewisse Individuen ein partieller Hungerzustand im Nervensystem möglich, und damit zugleich auch eine partielle Autointoxication dieser Nervenelemente.

Die einzige Zeit der Erholung, Ernährung und Durchspülung für die Hirnrinde — die Nacht, ist unter unsern modernen Verhältnissen nicht disponibel. Tages Arbeit, — Nachts: Concert, Theater, Ball, Karten, Gesellschaften u. s. w. u. s. w. Man geht um 5 Uhr zu Bett, man steht um 10 auf. Und wird denn dann geschlafen unter diesem Albdruck des erlebten und des kommenden Tages?

Der Kopfarbeiter ernährt sich zu reichlich, und durch diesen Ueberschuss vergiftet er sich selbst, zur partiellen gesellt sich eine allgemeine Autointoxication des trophischen Apparates. Für einen wirklichen Stoffwechsel im Organismus, der das Nährmaterial an seinen Bestimmungsort befördert und den ökonomischen Ansprüchen des Organismus genügt, muss derselbe sich unter bestimmten, unvermeidlichen Existenz-Bedingungen befinden, deren wesentlichste motorische Functionen sind. Bei der üblichen sitzenden Lebensweise der Kopfarbeiter werden die eingeführten Nahrungsstoffe, besonders die Albuminate, ungenügend oxydirt und treten in diesem Zustande im Blute auf, wo sie sich zu den Producten der regressiven Metamorphose gesellen, die in vielen Fällen nicht nur nicht indifferent, sondern von intensiver toxischer Wirkung sind. Das hat dann einerseits zur Folge, dass das ins Gehirn gelangende Blut eine geringere Quantität nutritiver Substanzen enthält, so dass die Bedingungen einer gewissen Inanition gegeben sind, und dass andererseits dies Blut eine Antointoxication des gesammten Organismus bedingt.

Nimmt man dazu, dass eine sitzende und bewegungsarme Lebensweise nicht nur die ungenügende Oxydirung der eingeführten Nahrstoffe, sondern auch eine ungenügende Abscheidung der regressiven Producte durch Lungen,

Nieren und Haut begünstigt, die sich somit im Blute anhäufen, so ergiebt sich, das dies Moment sowohl die allgemeine Inanition, als auch die Bedingungen für die Entwicklung des Organismus, bei herabgesetztem Stoffwechsel, ist also nicht nützlich, sondern geradezu schädlich.

Bis jetzt sind wir also auf Grund des obengesagten, zu folgenden Factoren gelangt: Ein bestimmter Bezirk nervöser Rindenelemente gelangt in Folge übermässig angespannter, verlängerter, ruhe- und erholungsloser Thätigkeit nicht dazu, sich genügend zu ernähren und bleibt im Hungerzustande, zugleich kann er sich nicht von schädlichen Zersetzungsproducten befreien und wird durch dieselben vergiftet. Dieser Zustand dauert nicht nur während der natürlichen Arbeitszeit an, sondern auch in der unter natürlichen Verhältnissen der Erholung und dem Schlaf gewidmeten Zeit, sodass sowohl die partielle Inanition wie die partielle Autointoxication sich steigert.

Diese beiden abnormen Lebensbedingungen der Nervenelemente werden durch gegenseitige Unterstützung in der einen Reihe von Fällen zu einem constitutionellen Zustande des Organismus, indem die Producte ungenügender Oxydation und regressiver Metamorphose sich im Blute anhäufen, bis zu einer Intoxication der Blut- und Lymph-führenden Systeme; in einer zweiten Kategorie von Fällen kommt es in Folge ungenügender Assimilation der Zufuhr wegen Störungen im Magen-Darm-Tractus, zu einem allgemeinen Hungerzustande des Organismus.

Bei solch ungenügendem, pathologischen Ernährungszustande des Organismus wächst natürlich die Erregbarkeit ebensosehr wie die Erschöpfbarkeit. Der Neurastheniker fühlt sich schwach und kraftlos. Indessen, das Leben verlangt Arbeit. Die Concurrenten warten nicht auf den, der zurückbleibt, sie überholen ihn, sie greifen nach dem, was von rechtswegen ihm zukommt. Um sein Ziel zu erreichen, muss er arbeiten, immer arbeiten und dazu gehört immer neue, immer frische Kraft und Energie; und die fehlt. Sie muss aus einer Quelle ausserhalb des Organismus geschöpft werden, der Organismus muss künstlich stimulirt werden. Und nun wird zu den alcoholoiden Substanzen gegriffen: zu Tabak, Alcohol, Kaffee, Thee etc. Der Neurastheniker hat sie fortwährend nöthig; die trüben Folgen dieser künstlichen Stimulirung bleiben nicht aus. Am häufigsten greifen die aufgeriebenen, entkräfteten und erschöpften Neurastheniker zum Alcohol als der Quelle der Energie und Leistungsfähigkeit. Wein, Bier, Rum, Cognac etc. fungiren als ihr bestes Hilfs- und Anregungsmittel im Kampfe mit der Arbeit. Und wirklich, Erschöpfung und Kraftlosigkeit verschwinden schnell, und an ihre Stelle tritt Spannkraft, Lebhaftigkeit, Muth und Energie. Wie neubelebt, arbeitet der eben noch schlaffe mit alter Emsigkeit, altem Schwung. Plötzlich ist der künstliche Kraftvorrath erschöpft. Wieder zeigt sich Kraftabnahme, Ermüdung, neue Kraftlosigkeit, — mit dem Unterschiede, dass diese Defecte um so tiefer gehen, je kräftiger die Anregung war. Zur Beendigung der laufenden Arbeit ist eine neue Zufuhr des Narcoticums nothwendig, diesmal aber schon eine kräftigere Dose als die frühere, wie ja auch das Deficit an Nerven-Energie grösser ist, als vor der früheren Dosis. Betrachten wir den Einfluss des Alcohols auf das Nervensystem. Der Alcohol ist ein functionelles, und ein Gewebe-Gift. In den Organismus eingeführt, verändert er die Organ-Function, und zugleich das Protoplasma der Gewebszellen. Er gelangt vom Magen

schnell ins Blut und löst sich darin. Seine toxische Wirkung entfaltet sich vor allem im Gehirn und in diesem vor allem im Bezirk des vasomotorischen Systems. Gleich nach Einfuhr von Alcohol verstärkt sich die Herzaction, die Blutzufuhr zum Gehirn steigert sich, der Blutstrom wird geschwinder. In Folge dessen werden die Producte der regressiven Metamorphose schneller aus den arbeitenden Hirntheilen hinweggeführt, und der Zufluss von Nährmaterial gesteigert; damit stellt sich im ersten Moment das Gefühl neuer Kraft, Frische und Energie ein. Es ist sehr möglich, dass zugleich das alcoholgesättigte Blut eine narkotische Wirkung auf die Nervenelemente ausübt, im Gebiet des Lebensgefühls damit Euphorie, Steigerung des Kraftgefühls ähnlich der im Rausch, herbeiführt. Diese Steigerung der Energie und Leistungsfähigkeit kommt jedoch nicht direct auf Rechnung des Alcohols, sondern der gesteigerten Lebensthätigkeit der Nervenelemente der Hirnsubstanz selbst, — nach der freilich, eine noch grössere Abspannung eintritt, als vor der Alcoholzufuhr.

Man darf annehmen, dass der Alcohol, wie auch die andern narkotischen Substanzen, ins Innere der Nervenzellen eindringt, wobei er irgend eine chemische Verbindung mit ihrem Protoplasma eingeht, und toxisch auf die Function dieser Substanz wirkt, so dass sie sich quantitativ und qualitativ anders verhält, als unter normalen Verhältnissen. Peyn meint, dass die verstärkte Action des Nervensystems unter Alcoholwirkung sich erkläre durch einen lebhaften Oxydationsprocess des Alcohols, der sich auf Kosten des für die Zellenthätigkeit nöthigen Sauerstoffs vollziehe, wobei anscheinend die Oxydation sich zugleich vollzieht an einem gewissen constitutirenden Theil des Nerven-Plasmas. Das Absinken der Nervenzellen-Energie bald nach der Alcohol-Stimulation erkläre sich durch den Sauerstoffmangel, wie er der rapiden Oxydirung während der Stimulation entspricht, und durch die Zersetzung des Nervenzellen-Protoplasmas, das zusammen mit dem Alcohol der Oxydirung unterworfen war. Das Absinken der Nervenenergie ist um so rapider, da zugleich auch das Blut sauerstoffarm zu sein pflegt, weil auch in ihm der Sauerstoff von dem circulirenden, sich oxydirenden Alcohol absorbirt worden ist.

Nun findet sich neben der post-alcoholischen Erschöpfung noch ein zweites Factum, die Vermehrung der regressiven Producte, bedingt durch die der Oxydirung des Alcohols parallel gehende Oxydirung des Ganglien-Protaplasmas. Diese Producte haben quantitativ wie qualitativ, für die Zellen nicht nur die Bedeutung heterogener, sondern auch toxischer Substanzen. Die Erhaltung der Zellen hängt davon ab, dass diese Producte schnell durch den abführenden Lymph- und Venenblut-Strom entfernt werden. Uebrigens verbreitet sich der Alcohol im ganzen Körper, und der Process seiner Oxydirung ist überall derselbe, sodass schliesslich auch Venenblut- und Lymphe mit diesen Oxydationsproducten gesättigt werden; dieser Umstand muss die Abfuhr dieser Substanzen aus den Nervenelementen verzögern. Deswegen verwandelt sich die im Anfang der Alcoholwirkung active Hyperämie in eine passive; das fixirt die Producte der regressiven Metamorphose noch mehr und erhöht die Autointoxication des ganzen Organismus.

Ganz ähnliche Erscheinungen spielen eine Rolle bei den übrigen Alcoholoïden: Opium, Morphium, Tabak, Kaffee, Thee etc., die wegen ihrer auf

einige Zeit stimulirende Wirkung vielen Neurasthenikern in grossen Mengen nöthig sind.

Der Genuss stimulirender und narkotischer Substanzen fügt dem Bilde der Neurasthenie sehr viel hinzu; er steigert die partielle Inanition der arbeitenden Nervenelemente, vermehrt die partielle Autointoxication, verschärft den allgemeinen Sauerstoff-Hunger des gesammten Organismus und seine Intoxication mit den Producten der regressiven Metamorphose. Nimmt man dazu die ganze Schaar übler Folgen des chronischen Alcohol-Missbrauchs und der Gewöhnung an andere Stimulation für Magen, Darm, Nieren, Herz, Lunge etc., dann tritt die verderbliche Wirkung derselben im Entwicklungsgange der Neurasthenie noch plastischer hervor.

Somit hat die Neurasthenie in sehr vielen Fällen zur Grundlage partielle Inanition des Protoplasmas der thätigen Nerven-Elemente, und ihre Autointoxication, gesteigert durch den Sauerstoffhunger des Organismus und eine allgemeine Autointoxication durch die Producte der regressiven Metamorphose.

Ich trenne absichtlich sowohl die partielle Inanition vom allgemeinen Sauerstoffhunger, wie die partielle Autointoxication von der universellen, zunächst deshalb, weil sie ihrem Wesen nach verschieden sein können. Die partielle Inanition der Nervenelemente besteht nicht deshalb, weil es im Organismus an nutritivem Material mangelte, sondern weil die Nervenelemente sich in Folge ihrer unablässigen Thätigkeit nicht dazu gelangen, sich damit zu sättigen; selbstverständlich ist diese Sättigung unmöglich, wenn die gesammte Blutmenge verarmt ist, aber auch bei einem ganz normalen Zustande des Bluts kann die Sättigung fehlen.

Die partielle und die allgemeine Autointoxication unterscheiden sich nicht nur nach ihrem Mechanismus, sondern auch nach ihrem Wesen. Die Elemente der einzelnen Organe sind chemisch durchaus nicht identisch, was ja schon aus der Verschiedenheit ihrer Function erhellt, und das begründet natürlich auch Differenzen der Producte ihrer regressiven Metamorphose, wie sie in der Leber, in den Nieren, im Gehirn entstehen. Deshalb ist die partielle Autointoxication der Nervenelemente bei ihrer übertriebenen Thätigkeit eine ganz andere, verglichen mit der allgemeinen Autointoxation, die in den verschiedenen Fällen unzweckmässiger Ernährung verschieden sein wird, je nach der Beschaffenheit der dabei gebildeteten Leukomaïne.

Das Bild der Neurasthenie gestaltet sich natürlich verschieden, je nachdem alle diese vier Factoren, oder nur zwei oder drei davon zur Wirkung kommen, welcher dieser Factoren vorwiegt, und schliesslich in Abhängigkeit davon, welche Leukomaine die partielle, und welche die allgemeine Autointoxication bedingen. Erst wenn die verschiedenen Leukomaïne und ihre Einwirkung auf den Organismus genau durchforscht sind, wird es leicht sein festzustellen, welche Substanzen in den verschiedenen Kategorien von Fällen wirken und welche Maassregeln man zu ihrer Beseitigung ergreifen muss. Von diesem Standpunkt des Wissens aus wird sich dann diagnosticiren lassen, dass diese Form der Neurasthenie bedingt ist durch diese, jene durch andere Leukomaïne.

Wir zeigten, dass partielle Inanition und partielle Autointoxication auch ohne allgemeine Störungen Neurasthenie herbeiführen können, d. h.

ohne allgemeinen Sauerstoffmangel und ohne allgemeine Autointoxication. Nun entsteht die Frage, ob allgemeiner Sauerstoffmangel und allgemeine Autointoxication mit Leukomainen Neurasthenie herbeiführen kann?

Uns scheint das vollkommen möglich, und die Praxis liefert nicht selten solche Thatsachen. Anämie im eigentlichen Sinne ist in solchen Fällen nicht vorhanden, da die Blutmasse durchaus reichlich ist; aber das Blut enthält eine grosse Menge von Producten der regressiven Metamorphose, sodass beim Zufluss einer bestimmten Blutmenge, *weniger Nährmaterial geboten wird*, als das bei normalem Zustande des Bluts der Fall wäre; wenn im gegebenen Falle dann Inanition vorliegt, so ist dieselbe eine relative. Jedenfalls wird bei Menschen mit einer allgemeinen Autointoxication des Bluts die Thätigkeit des Nervensystems subnormal sein, und zur Erledigung der gewöhnlichen Arbeit eine grössere Anspannung erforderlich sein. Der wesentliche Factor bei einer allgemeinen pathologischen Diathese, die eine ungenügende Leistung des Nervensystems bedingt, wird eine Intoxication mit im Blutplasma enthaltenen Leukomainen sein. Die Leukomaine sind ihrer chemischen Zusammensetzung nach sehr verschiedenartig, und nicht selten sehr giftig. Vom circulirenden Blute den centralen Nervenelementen zugeführt, werden sie natürlich auf ihr Protoplasma wirken, wie ein beliebiges Alcaloid, und können deshalb bei chronischer Autointoxication als Resultat zu gesteigerter Erregbarkeit und schneller Erschöpfbarkeit führen, d. h. zu einem Bilde, welches der Neurasthenie eigenthümlich ist.

Es ist heutzutage unmöglich zu sagen, wie in diesem Falle die Leukomaine auf das Protoplasma der Nervenelemente wirken, ob in toxischer Weise als gewebszerstörende Substanzen, ob die Leukomaine mit dem nervösen Protoplasma Verbindungen eingehen, die Aequivalente der normalen Bestandtheile darstellen; man kann aber vermuthen, dass bei chronischer Autointoxication, z. B. arthritischer Diathese, die nervösen Elemente in organische Verbindungen mit den pathologischen Blutbestandtheilen eintreten. Dass eine solche Verbindung möglich ist, zeigt sich schon darin, dass die arthritische Diathese so oft auf dem Wege der Vererbung in die Neurasthenie späterer Generationen übergeht.

Die von uns dargestellte Bedeutung der allgemeinen Inanition und der allgemeinen Autointoxication für die Entstehung der Neurasthenie zeigt sich deutlich in Fällen von Podagra, wo die Patienten gewöhnlich reichlich genährt und selbst vollblütig erscheinen, während die meisten schwere Symptome von Neurasthenie an sich tragen, deren Ursachen in der Vergiftung ihres Nervensystems mit den colossalen in ihrem Blut enthaltenen Mengen nicht oxydirter Producte der regressiven Metamorphose liegen, und ihrem Inanitionszustande, der wiederum bedingt ist durch den Ueberschuss von Blutbestandtheilen, die der Ernährung nicht dienen.

Nach allem obengesagten dürfte es mehr oder weniger klar constatirt sein, dass die modernen Lebensverhältnisse die Neurasthenie auf rein *chemischem Wege hervorrufen*, durch Vergiftung der Nervenelemente mit Producten der regressiven Metamorphose, die ihr Protoplasma ermüden und eine allgemeine Inanition durch zur Ernährung ungeeignete Producte oder durch Mangel nutritiver Substanz hervorrufen. So erscheint die *erworbene* Neu-

rasthenie bei Leuten, die bis dahin vollkommen gesund und quoad nervos normal waren.

Der Grad der Inanition und Autointoxication kann ein sehr verschiedener sein, wovon die Intensität der Neurasthenie erheblich abhängt. In manchen Fällen ist die Ernährung und die Function der Nervenelemente nur mässig gestört, und die Neurasthenie deshalb in unbedeutendem Grade ausgesprochen, in andern Fällen ist die Störung der Nervenelemente sehr ernster Natur und kann den von Sadowsky nachgewiesenen Zerstörungen nahekommen — dann ist auch die Neurasthenie sehr intensiv; freilich können die Sadowsky'schen Befunde nur in acuten Fällen von Neurasthenie nachgewiesen werden, die man in der Praxis nur selten antrifft.

Zahlreiche Abarten der Neurasthenie sind meiner Meinung nach aufzufassen als verschiedene Intensitätsgrade der Ernährungsstörung des Nervensystems, bedingt wesentlich durch die Mengenunterschiede der die partielle, wie die allgemeine Autointoxication hervorrufenden Substanzen. Der weitere Fortschritt in der Kenntniss der Leukomaine und ihrer Wirkung auf den menschlichen Organismus wird das Problem der Neurasthenie wie vieler anderer nervöser und nicht nervöser Krankheiten lösen, und zugleich den Weg zu einer auf Neutralisation und Ausscheidung der Ptomaine und Leukomaine gerichteten Therapie zeigen.

Wenn uns das Wesen der erworbenen Neurasthenie bis zu einem gewissen Grade verständlich ist, so ist die Entstehung der erblichen Neurasthenie bei weitem nicht ebenso klar. Die Hauptschwierigkeit liegt in dieser Beziehung in der mangelnden Einsicht in die Art und Weise der Uebertragung von Eigenschaften der Structur und Function des elterlichen Organismus durch den Keim auf den Embryo. Auch diese Frage wird einstmals aufhören, für die Wissenschaft ein Geheimniss zu sein, heutzutage ist das die Grenze, die unsere modern-wissenschaftlichen Kenntnisse und Methoden nicht überschreiten können.

Für uns unterliegt es keinem Zweifel, dass die Kinder von Irren, Nervenkranken, Syphilitikern, Alcoholisten, Rheumatikern, Podagristen, Herpetikern u. s. w. sehr oft nervöse Störungen erkennen lassen, und die Wissenschaft hat sehr oft die Thatsache constatiren können, dass solche Descendenten ihre abnorme Nervenbeschaffenheit ihrer Abkunft von unnormalen Eltern verdanken und dass dieselbe somit für sie als *ererbt* erscheint.

In manchen Fällen finden wir bei solchen Hereditariern Defecte und Deformitäten im Bau ihres Centralnervensystems — in andern Fällen zeigt sich, wie Arndt behauptet, die Abnormität in partiellen Entwicklungshemmungen, die nur mikroskopisch nachweisbar sind, — in einer weiteren Kategorie spricht sich die Abnormität der Heredität in optisch nicht nachweisbaren Veränderungen des Nervensystems aus, die sich in Functions-Störungen äussern, und schliesslich giebt es Fälle, wo die Abnormität des Nervensystems sich in einer Prädisposition zu Erkrankungen äussert.

Wovon in dem einen und anderen Falle diese Differenzen hereditärer Belastung abhängen, ist schwer zu sagen. In manchen Fällen spielt ein ernstes Leiden der Eltern eine Rolle, in andern Fällen lässt auch das sich nicht nachweisen. Von Wichtigkeit ist für uns die Thatsache, dass in manchen Fällen die hereditäre Belastung sich in organischen Defecten des

Centralnervensystems ausspricht, ein andersmal Defecte weder makro- noch mikroskopisch nachweisbar sind, und dass für diese Fälle also nur die Annahme einer molecularen, chemischen Abweichung übrig bleibt. Es ist sehr interessant, dass Fälle intensiver erblicher Belastung sich auch durch intensive psychische und Nervenstörungen auszeichnen, in Gestalt von Idiotie u. s. w., dass dagegen Fälle, in denen wir nur die Vererbung molekulärer oder chemischer Abweichungen voraussetzen dürfen, wesentlich in das Gebiet der nervösen Prädisposition oder der Neurasthenie fallen. Somit muss in der überwiegenden Majorität der Fälle von hereditärer Neurasthenie nothwendigerweise die Hypothese zugelassen werden, dass ihr chemische Abweichungen im Centralnervensystem zu Grunde liegen. Es fragt sich, ob es möglich ist, diese Abhängigkeit neurasthenischer Erscheinungen bei Hereditarien von chemischen Veränderungen des Central-Nervensystems mehr, weniger palpabel zu demonstriren, ähnlich wie man dies Verhältniss bei erworbener Neurasthenie zulassen darf? Mir scheint das für viele Fälle möglich.

Unter der Zahl hereditärer Neurosen haben wir die Epilepsie, die sich durch allmähliches Ansammeln von Spannkraft in den Krampfcentren, und heftige, plötzliche und stürmische Entladung derselben in der Form des Krampfanfalls characterisirt. Hierher gehört ferner die Hysterie, deren krampfartige Aeusserungen weniger intensiv, aber um so häufiger sind. Endlich treffen wir hier auf die Neurasthenie, deren krampfhafte Erscheinungen noch viel weniger intensiv, dagegen fast continuirlich sind. In allen diesen Fällen haben wir es mit nicht aequilibrirten, labilen Zuständen der centralen Nervenelemente zu thun, die sich qualitativ von einander unterscheiden. Es ist klar, dass in jedem dieser Kategorieen die chemische Constitution der Nervenzellen eine etwas andere sein wird. Es ist schwer zu sagen, ob dabei eine quantitative Verschiedenheit und Relation der constituirenden Theile, oder eine qualitative eine Rolle spielt; letzteres Moment ist wahrscheinlich nicht ohne Einfluss. Manche Autoren nehmen für Epilepsie, Hysterie etc. besondere Diathesen an. Diese Diathese stellen wir uns nicht anders vor, als ausdrückbar durch eine bestimmte, jetzt noch unbekannte Formel des chemischen Zustandes der Nervenelemente, die in bestimmter Weise diese oder jene Function beherrschen. Aendert man diese Constitutionsformel durch künstliche Einflüsse, so erhält man eine Abweichung der Nervenfunction, entweder zu normalen Verhältnissen, oder zur Steigerung der Krankheit, oder zu einer Spielart derselben. Man kann sich vorstellen, dass eine solche Constitutionsformel der Nervenelemente auch für die Neurasthenie besteht. Eine solche abnorme Formel kann auf dem Wege einer schädlichen Lebensweise erworben, sie kann auch angeboren sein. Wir wissen, dass oft eine ererbte Neurasthenie auf Eltern zurückgeführt werden kann, die syphilitisch, arthritisch, Alcoholisten und dgl. waren. Das bedeutet, dass schon der Keimzelle der Alcoholisten solche moleculare Beziehungen der künftigen Nervenmoleküle des Embryo anhaften, die für die Function derselben Unzulänglichkeit, labiles Gleichgewicht und Neurasthenie bedingen. Sicher bestehen solche Verhältnisse auch in der Keimzelle des Syphilitikers, aus denen sich ein Nervensystem mit gestörtem chemischem Gleichgewicht ergiebt, in Folge der Anwesenheit eines fremden, pathogenen Elements, —

der syphilitischen Materie. Lanceraux*) sagt, dass die erbliche Uebertragung des syphilitischen Giftes sich im Blastoderm vollzieht, und besonders in der Neuroglia, den Arterien und Membranen des Gehirns hervortritt. Wenn dem so ist, dann erklärt sich auch die Neurasthenie des Descendenten aus der abgeschwächten und veränderten Ernährung der Nerven-Elemente. Nun scheint es mir, dass die Sache damit nicht zu Ende ist, und dass es in diesen Fällen eine besondere syphilitische Diathese**) giebt, die nach meiner Meinung, einmal mehr die Nieren befällt, ein andermal die Nieren oder das Nervensystem, je nachdem das betreffende Organ durch hereditäre Einflüsse, einen locus minoris resistentia vorstellt.

Gewiss finden wir auch bei arthritischer Diathese leicht eine Erklärung für das Auftreten der Neurasthenie bei den Kindern, nämlich in der abnormen chemischen Constitution der Nerven-Elemente, in der relativen oder quantitativen Unzulänglichkeit der Moleküle des Ganglienzellen-Protoplasmas, oder in einer aequivalenten Veränderung der constituirenden Theile abnormer, pathologischer Zellen.

Somit ist die Vergiftung der centralen Nervenelemente mit Ptomainen und Leukomainen auch anwendbar auf die Erklärung der ererbten Neurasthenie, wie sie es für viele Fälle der erworbenen ist.

Einzelnen Fällen angeborener Neurasthenie liegen intensive, sichtbare Veränderungen des Centralnervensystems zu Grunde, in andern Fällen erklärt sich die Krankheit durch partielle Entwicklungshemmung einzelner Elemente (Arndt), aber in den bei weitem meisten Fällen gründet sie sich auf ererbte abnorme chemische Zusammensetzung der centralen Nervenelemente, in Folge einer Vergiftung mit Leukomainen und Ptomainen des Organismus der Eltern.

Mir scheint es, dass die Medicin in dem Augenblick, wo sie ihre Aufmerksamkeit der Chemie zuwendet, in ein wirklich wissenschaftliches Geleis kommen wird. Besonders wird die Neuro- und Psychopathologie ohne künftige chemische Errungenschaft ein so unklares Gebiet bleiben, wie sie es heutzutage noch ist. Es ist eine Aufgabe der Zukunft, genau die chemische Zusammensetzung der Organ-Gewebe und aus der Zusammensetzung ihre Function aufzuklären, die Bildung der Leukomaine im Organismus, die physiologische Wirkung derselben auf die Organe, die physische und physiologische Beschaffenheit und Wirkung der Ptomaine zu bestimmen, etc. Erst dann werden viele bisher unverständliche Erscheinungen des Nerven- und Seelenlebens aufgeklärt werden, dann werden wir viele krankhafte Erscheinungen auf diesem Gebiete verstehen und dann erst werden wir zu einer wirklich rationellen Therapie gelangen. Bis dahin wird sich die Neuro- und Psychopathologie kaum vom Empirismus entfernen, werden alle physiologischen Erklärungen nur als sehr schöne, aber nicht immer rationelle Drapirung dienen. Gewiss ist die Lösung aller obenerwähnter Probleme eine äusserst schwierige, aber wie wir glauben, ausführbare Arbeit.

---

*) Lancereaux, Gazette hebdomadaire 1882.

**) Morel-Lavallée, Syphilis et paralysie générale. 1889.

II.

10. Internationaler medic. Congress. Berlin 1890.

Section für Neurologie und Psychiatrie.

Originalbericht von Dr. Koenig (Dalldorf).

Dienstag den 5. August.

4) **Magnan** (Paris): *Les folies intermittentes.* (280)

Vortr. bringt unter dieselbe pathologische Gattung der Folies intermittentes die Folie périodique, folie à double forme, circulaire, alterne, cyclique etc. Er gibt bei allen klinisch constante gemeinsame Charactere gestützt auf Aetiologie, Entwicklung des Anfalles, Invasion, Marsch, Zwischenzeit etc. Im Uebrigen zeigen die Folies intermittentes den Character der Folie héréditaire. Graphische Darstellungen zeigen den Verlauf in seinen verschiedenen Arten sehr schön; einfach, cyklisch oder combinirt, mit maniakalischen oder melancholischen Zuständen allein oder combinirt. In der Zwischenzeit ist die Intelligenz wenigstens am Anfang intakt.

5) **Mies** (Paris): *Demonstrirt ein Instrument, mit Hülfe dessen sich korrespondirende Punkte auf Kopf und Gehirn feststellen lassen.* (281)

6) **Burkhardt** (Préfargier): *Rindenexcisionen als Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Psychosen.* (282)

Nach der Anschauung des Vortrag. liegen den Psychosen multiple Heerderkrankungen von verschiedener Ausdehnung zu Grunde. Im Anschluss an die Goltz'schen Hirnausspülungen schlägt er vor Rindentheile, die man als Ausgangspunkte von Psychosen ansieht, zu excidiren. Er führt mehrere Fälle an, in denen eine Besserung eingetreten sei. Gegenüber der sonstigen schlechten Prognose solcher Störungen glaubt er mit seiner Behandlungsart doch etwas wenigstens zu erreichen. Im ersten Falle handelte es sich um eine demente Person mit zornwuthartigen Anfällen in Folge intracerebraler Reizhallucinationen des Gesichts und Gehörs und der Sprachgegend. Es würden 4 Excisionen von kleinen Rindestücken aus der Gegend vor und hinter den Centralwindungen gemacht und nach jeder Operation besserte sich der Zustand. Pat. ist nicht mehr wüthend, kann unter anderen Pat. sein. Die Demenz hat eher ab als zugenommen. Ja im zweiten Fall bestand eine aufgeregte Demenz auf syphilitischer Grundlage. Es wurde am Stirnlappen, welcher sich krank zeigt, 2 Rindenstücke excidirt und es trat darauf ein ruhiger Zustand ein. Später soll ein Stück der Broca'schen Windung exstirpirt werden. In 4 weiteren Fällen von Verrücktheit mit Ausgang in Verblödung, Hallucinationen des Gehörs wurde operirt an der Broca'schen resp. an der ersten Schläfenwindung. Zunächst war es ein Mann mit Gehörshallucinationen, Verfolgungsideen, explosivem Wahne. Theile der ersten Schläfewindung wurden entfernt. Pat. wurde ruhig, arbeitsfähig, nicht dement. Weiter eine Frau, hysterisch, mit Gehörstäuschungen, Verfolgungsideen, Operation wie erste. Danach vorübergehende sensorische Aphasie. Dann Beschränkung der Hallucinationen. Auch die Reizbarkeit liess nach. Entfernte sich später, ertrank. Im folgenden Fall ähnlicher Art bei einem jungen Mann, 1889 Excision eines Stückes der ersten Schläfenwindung, darauf unvollständige Wortthaubheit,

vorübergehend Ruhe, Beschränkung der Hallucinationen. Später Excision aus der Broca'schen Windung. Vorübergehend Aphasie. Im letzten Falle ein Mann mit Gehörstäuschungen und acuten Ausbrüchen von Verfolgungsdelir wurde an derselben Stelle operirt. Es trat Worttaubheit auf und die Hallucinationen schwanden. Später Convulsionen, Bewusstseinsverlust, Tod in Folge von Blutung in die Dura beiderseits.

Mittwoch den 6. August.

7) **V. Horsley** und **Charles Beevor** (London): a) *Experimentelle Untersuchungen über die von der Hirnrinde des Orangutan auslösbaren Bewegungen.*

Der Zweck der Untersuchungen war festzustellen, ob beim Orang die Verhältnisse verschieden sind von dem beim Macacus simius und wo sich auf das menschliche Hirn Schlüsse ziehen liessen.

Die ganze Gehirnoberfläche wurde in 2 Quadratmillimeter grosse Theile getheilt und nun diese einzelnen Quadrate mit dem faradischen Strom gereizt. Je höher wir in der Thierreihe aufwärts schreiten, desto stärker muss der Strom sein, welcher eine Bewegung auslöst, desto deutlicher grenzen sich aber auch die einzelnen Centren von einander ab.

Wahrscheinlich ist die Anordnung der einzelnen Centren beim Menschen dieselbe wie beim Orang.

Eine zweite Reihe von Versuchen bestand darin, dass K. und H. die Function der Fasern in der inneren Kapsel beim Macacus untersuchten, und zwar an horizontalen Schnitten.

Methode der Untersuchung: Aethernarcose, minimale Reizung, Electroden 1 mm. auseinander, die durch die basalen Ganglien durchgelegten Ebenen wurden in 1 Quadratmillimeter grosse Flächen zerlegt; jedes einzelne dieser Quadrate wurde gereizt.

Dann wurden in 8 verschiedenen Ebenen horizontale Schnitte durch die basalen Ganglien gemacht, und in jeder einzelnen Ebene die entsprechenden Stellen gereizt. Im ganzen wurden 45 Experimente gemacht.

Resultate: Die basalen Ganglien waren unerregbar, sowohl auf dem Durchschnitte, und auf der ventricularen Oberfläche; desgleichen die laminae medullares. Anders die Fasern in der inneren Kapsel.

Die Anordnung und die Ausdehnung der verschiedenen Segmente wurde für jede Ebene bestimmt. Es genügt die durchschnittliche Anordnung der Centren anzuführen:

1) Oeffnen der Augen, 2) Augenbewegungen, 3) Oeffnen des Mundes, 4) Drehen des Kopfes, 5) Zungenbewegungen, 6) Verziehen des Mundes, 7) Schulter, 8) Ellbogen, 9) Ellbogen, 10) Handgelenk, 11) Finger, 12) Daumen, 13) Körperstamm, 14) Hüfte, 15) Fussgelenk, 16) Knie, 17) Grosse Zehe, 18) Kleine Zehen. —

Die Anordnung der erregbaren Fasern von vorne nach hinten (antero-posterior arrangement) in der inneren Kapsel entspricht der Anordnung der Centren in der Gehirnrinde.

Discussion: Jastrowitz (Berlin):

Die ausserordentliche Wichtigkeit der Mittheilung der Herren B. und H. liegt in der Demonstration der einzelnen Functionen in der Hirnrinde zunächst. 1887 hat J. einen Fall mitgetheilt, in welchem in Folge eines

kleinen Knotens in der hinteren Centralwindung isolirte Krämpfe in einem Muskel, dem Extensor hallucis auftraten. Diese Stelle entspricht der, welche uns eben als für den Hallux excitabel demonstrirt worden ist. Nach dem eben Gehörten wird die Schwierigkeit der Diagnose grösser, da auch in der inneren Kapsel sich eine Vertretung findet. Aber es fragt sich, ob die vereinzelte Vertretung da noch so gross ist, soweit es sämmtliche Muskelfunctionen betrifft, die in der Rinde vertreten sind.

8) **Thyssen** (Paris): *Astasie-Abasie.* (284)

Vortr. hebt den langsamen Beginn, die progressive Natur, das Vorkommen in jedem Alter hervor, während Blocq nur junge Individuen beobachtete. Heredität (nervöse) ist vorhanden. Th. theilt die Störungen ein in 1) A. par accès, 2) A. continue, a) paraplégique, b) ataxique, trépidante, choréiforme, saltatoire. Es gibt unreine Fälle mit hysterischen Erscheinungen, welche Thissen im Gegensatz zu Binswanger nicht davon trennt. Th. hält die Astasie-Abasie für eine Störung des Gehens, nicht für einen der Agaraphobie ähnlichen Zustand. Astasie-Abasie ist nicht ein Verlust der Association, sondern ein Nichtfungiren einer Gruppe von Zellen. —

Discussion: Binswanger (Jena) wendet sich gegen die Eintheilung Blocq's; ferner dagegen, psychisch beeinflusste hierher zu zählen.

Donnerstag den 7. August.

9) **Schultze** (Bonn): *Die traumatischen Neurosen.* (285)

Dass durch Verletzungen des Schädels und der Wirbelsäule verschiedene, auch anatomisch nachweisbare Krankheiten hervorgebracht werden können, ist seit den ältesten Zeiten bekannt; am meisten verdienen Beachtung Veränderungen, die bei der Geburt durch den Druck des Beckens oder Anlegung der Zange entstehen; auch ohne äussere Verletzung der knöchernen Umhüllung des Centralnervensystems können Veränderungen zu Stande gebracht werden durch ein Trauma; ebenso können sich funktionelle Störungen entwickeln (Psychosen).

Man kann aber nicht von einer „traumatischen Psychose“ sprechen, da sehr verschiedenartige psychische Störungen in Betracht kommen können. In neuerer Zeit ist man auf das Symptomenbild des Railwayspine und Railwaybrain aufmerksam geworden.

Die Arbeiten der Charcot'schen Schule, wie die von Thomsen und Oppenheim machten auf nervöse Alterationen im Gebiete der Sensibilität aufmerksam. Es wird nicht mehr wie früher angenommen, dass nur directe den Schädel treffende Traumen Psychosen hervorrufen können, sondern auch periphere Verletzungen bewirken dies. Nach Strümpell gibt es auch eine örtliche traumatische Neurose. Aber auch diese sind als rein centrale Störungen aufzufassen. Auffallend ist es, dass ein solcher Zustand so häufig auftritt und namentlich bei sehr geringen Traumen. Es besteht kein Zweifel, dass eine grosse Zahl gesunder Menschen selbst nach schweren Verletzungen des Schädels nichts zurückbehält. Sicher ist bei Begutachtungen auf die Prädisposition zu achten. Viele Verunglückte werden leugnen, dass krankhafte Störungen vorher bestanden haben aus begreiflichen Gründen. Auch die Angehörigen werden nicht immer wahrheitsgetreue Angaben machen wollen. Magenerkrankungen (nicht bloss nervöse), finden sich

bei solchen Leuten; ebenso sind chronische Herzleiden, Krankheiten der Gefässe und Nieren oft die wahre Ursache der geklagten Beschwerden und nicht die Traumen. Mit der Diagnose Neurasthenie kann man nicht vorsichtig genug sein. Arteriosclerose und Herzkrankheiten auf ein Trauma zurückzuführen (Sperling und Kronthal) dürfte doch recht schwer sein.

Auf eine andere Klasse von Kranken sei hier die Aufmerksamkeit gelenkt; nämlich solche, die nach Traumen über Ohrensausen und Schwindelgefühle klagen. Natürlich können durch ein solches primäres Ohrensausen die Symptome der Neurasthenie hervorgerufen werden. In einem solchen Falle ist es oft unmöglich, die Krankheit auf den Unfall zurückzuführen. Andererseits muss zugegeben werden, dass bei solchen, welche in der That früher keine nervösen Beschwerden gehabt haben, aber prädisponirt sind, das Trauma den Anstoss geben kann. Bis zu diesem Punkt, dass allgemeine Neurosen vorkommen können, herrscht wohl allgemeine Uebereinstimmung. Aber gibt es, wie Oppenheim will, einen eigenthümlichen Symptomencomplex, der eine scharfe Begrenzung hat. Oppenheim meint, dass besonders folgendes characteristisch ist: Die conzentrische Gesichtsfeldeinschränkung und die partiellen Anästhesieen.

In Bezug auf den ersten Punkt stimmt V. mit Strümpell überein, dass eine Gesichtsfeldeinschränkung selten ist. Unter 20 Fällen war dasselbe 14 Mal normal. Jedenfalls hat das Gesichtsfeld keine massgebende Bedeutung. Was den 2. Punkt angeht, so fanden sich Anästhesien unter 23 Fällen 3 Mal.

Schlaflosigkeit, Zittern, Herzklopfen etc. gehören in das Bild der Neurasthenie.

Auch die Gehstörungen sind nur in einem Theile der Fälle vorhanden, tragen aber oft den Character des Gemachten an sich, sodass V. Anstand trägt, auf dieses Symptom entscheidendes Gewicht zu legen. Bei einer Reihe von Fällen ist die Gehstörung wie bei Hysterie; dann haben wir aber eine hysterische Laesion. Oft ist eine Läsion der Wirbelsäule nicht auszuschliessen. Auch Jolly und Eisenlohr sind derselben Ansicht. Wie steht es nun mit der localen traumatischen Neurose Strümpell's?

Strümpell sagt: sie beruht auf rein centralen Störungen, ist also eine Psychoneurose im Sinne Oppenheim's und fällt in das Gebiet der Hysterie.

V. kann diesen Namen nicht für einen glücklichen halten.

Eine weitere Frage ist die: *Wie unterscheidet man solche nervöse Störungen der verschiedensten Art von wirklichen organischen und von der Simulation?* —

1. Es muss eine genaue Untersuchung auf die einzelnen organischen Krankheiten vorgenommen werden; dabei stellt sich oft die Existenz einer anatomischen Läsion heraus. Es kann auch eine Brown-Sèquard'sche Lähmung da sein, ohne eine Verletzung der Wirbelsäule.

In vielen Fällen muss man die Diagnose in suspenso lassen.

2. *Simulation:* Nach den Erfahrungen vieler Aerzte kann kein Zweifel bestehen, dass oft simulirt wird; besonders die von Hofman publicirten Fälle geben doch zu denken. Unter 25 Fällen hatte V. 9 Simulanten. Diese Frage von der Simulation beherrscht jetzt die Lehre von der traumatischen Neurose. Weiterhin ist es am Platze vor der allzu raschen Annahme hyste-

rischer Veränderungen zu warnen. Aber auch bei Hysterie wird simulirt und übertrieben.

Der Nachweis der *conzentrischen Gesichtsfeldeinschränkung* schützt nicht vor dem Betrogenwerden. Ebenso können *Sensibilitätsstörungen und Schwächezustände* simulirt werden. Der *Tremor* ist ein wichtigeres Symptom.

Die *Sehnenreflexe*: Fehlen sie, so darf man keine rein psychische Erkrankung annehmen. Sind sie gesteigert, so ist auch die Einwirkung der kühlen Luft auf die entblösten Glieder nicht zu vernachlässigen; denn die Kälte kann die Sehnenreflexe steigern.

Weit sichere Criterien: Rumpf fand, dass in Fällen von sog. traumat. Neurose nach einer längeren Faradisirung ein längeres Wogen in den Muskeln zurückbleibt; und dass Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit stattfindet. Rumpf macht auch darauf aufmerksam, dass die Herzaction stärker wird, wenn man auf die schmerzhaften Punkte drückt. Sehr geringes Gewicht kann darauf gelegt werden, dass die Herzaction gesteigert wird während der Untersuchung.

Die Hauptsache wird aber immer bleiben, die Glaubwürdigkeit der Explorauden mit allen Mitteln festzustellen. Wirklich Kranke brauchen nicht zu übertreiben, übertreiben auch gewöhnlich nicht. Man sollte die Leute auffordern, nur die ungeschminkte Wahrheit zu sagen.

Resumée. 1. Es gibt verschiedene Arten von Psychosen und Neurosen, die durch ein Trauma zu Stande kommen, aber es gibt keine „traumatische Neurose“, und es ist besser, den Namen der vorliegenden Krankheit zu gebrauchen.

2. Die concentrische Gesichtsfeldeinschränkung, und die Anästhesie bestehen oft nicht, und sind nicht characteristisch.

3. Krankheitsbilder, „traumatische Neurose“ genannt, sind oft das Erzeugniss der Simulation und Aggravation.

4. Bestimmte Criterien für Simulation und Nichtsimulation lassen sich zur Zeit nicht aufstellen.

Discussion: Oppenheim (Berlin) wendet sich zunächst gegen die Arbeit Hofmann's (Heidelberg); dieselbe enthalte viele Lücken und Unklarheiten. O. hat den nervösen Herzerscheinungen grosse Bedeutung beigemessen; dagegen wurde gesagt, dass auch der Gesunde bei der Untersuchung davon befallen werden kann. Er hat geglaubt, jeder Arzt müsse im Stande sein, die Differentialdiagnose zu stellen. Gesichtsfeldeinschränkung fand O. sehr oft. Simulation ist hier ohne genaueste Specialkenntniss nicht denkbar. Die Schwankungen im Gesichtsfelde entsprechen dem Schwanken der übrigen Krankheitserscheinungen. Der Typus bleibt derselbe. In vielen Fällen war das eingeengte Gesichtsfeld nach Jahren dasselbe. Rumpf will Sensibilitätsstörungen nur selten beobachtet haben, aber alle Neurosen und organischen Erkrankungen gehen mit Sensibilitätsstörungen einher, welche Schwankungen unterworfen sind. Hofmann habe ihm direct den Vorwurf gemacht, dass er die Simulanten übersehe. H. habe sich die Sache zu leicht gemacht und Schlüsse gezogen, zu welchen ihm seine Erfahrungen keine Berechtigung geben. Er ging von der falschen Voraussetzung aus, dass die Anästhesie eine absolute und stabile sein muss, und dass, wo Analgesie für Stecknadelstiche ist, auch eine für den faradischen Pinsel da sein muss. Auch ist

es nicht richtig, dass mit dem Simuliren eines Symptomes, alle anderen simulirt sein müssen. Beim faradischen Pinsel handelt es sich um eine Summation der Reize. Den faradischen Pinsel als Entlarvungsmittel benutzen, hiesse zu den Folterwerkzeugen des Mittelalters zurückgreifen. Oft haben Leute, weil sie die Sache satt hatten und entlassen werden wollten, sich als Simulanten bekannt. H. vernachlässigt ferner die Untersuchung des psychischen Zustandes zu sehr. Die psychischen Störungen sind keine subjectiven Beschwerden; Westphal hat oft die Diagnose einzig und allein auf Grund des psychischen Verhaltens gestellt. Simulation ist sehr selten.

Gesammtresultat der in der Charité beobachteten Fälle (mit Hinweglassung der poliklinischen sowie der nur einmal gesehenen Fälle).

105 Fälle von traumatischer Neurose.

7 fallen weg, weil sie sich der Behandlung entzogen, ehe eine sichere Entscheidung getroffen werden konnte.

25, weil keine Entschädigungsansprüche gemacht wurden. Bleiben 73 begutachtete Fälle, darunter 6 Simulanten (bei einem war der Dolus nicht nachzuweisen).

6 wurden geheilt. In den übrigen 67 (83,6%) Fällen wurde ein Nervenleiden konstatirt. 28 waren total, 25 partiell erwerbsunfähig. In 8 Fällen wurde kein Gutachten über die Erwerbsfähigkeit verlangt.

O. verlangt schliesslich die Beibehaltung des Namens „traumatische Neurose“; vorläufig können wir noch nicht klassificiren. Macht den Vorschlag, eine Commission zu ernennen, die sich mit der Nachprüfung der uns interessanten Fragen beschäftigt.

Seeligmüller (Halle): Steht auf dem Standpunkte von Schultze. Nach dem Gesetz von 1883 ist die Zahl der Simulanten in bedenklicher Weise gewachsen. 25% simuliren sicher (nach Hofmann 35%, nach Alt 1,25%).

Mittel sich vor dem Betrogenwerden zu schützen:

1. In jeder Provinz des deutschen Reiches soll ein Unfallkrankenhaus von besonderer Einrichtung geschaffen werden.
2. In dieses Krankenhaus muss jeder hinein, sobald es sein Zustand erlaubt.
3. Hier werden sie genau beobachtet durch eigens dazu geschulte Aerzte und Wärter, und der Grad der Erwerbsunfähigkeit festgestellt.
4. Jedem Patienten wird bei seiner Entlassung gesagt, er solle sich nach einer gewissen Zeit wieder sehen lassen.
5. Simulanten werden streng bestraft, umgekehrt werden solche, die fälschlich in den Verdacht der Simulation kamen, entschädigt.
6. Die Anstalt muss aus 2 Abtheilungen bestehen (eine Isolirabtheilung). Die ganze Anstalt muss ein streng militärisches Gepräge tragen.

Die Anstalt soll womöglich in einer Universitätsstadt sein.

7. Es sollen Sachverständige Handwerker etc. dem Arzte zur Seite stehen, in Bezug auf praktische Erfahrung und wegen Feststellung der Erwerbsfähigkeit.

Hitzig (Halle): Herr S. habe eine Arbeit seines 1. Assistenten Dr. Alt citirt; H. möchte bemerken, dass er weder das Material noch die Worte die A. geschrieben hat, kontrollirt habe, und dass er für die absolute Rich-

tigkeit nicht eintreten 'könne. Er könne nur soviel sagen, dass die Zahl ungefhär richtig sein wird.

In Erwägung zu dem von S. gesagten möchte er anführen, dass er eine sehr grosse Zahl von Personen gesehen hat, die aggravirten; er sei aber nicht geneigt zu behaupten, dass bei diesen Zuständen weniger simulirt werde, als bei anderen, aber die Zahl der Simulanten sei nicht so gross, wie von verschiedener Seite behauptet worden ist, und er sei nicht für die heroischen Mittel, die S. vorschlägt. Was die Aggravation angeht, so möchte er betonen, was Oppenheim angedeutet hat; es werde das psychische Moment viel zu wenig betont; die hypochondrische Stimmung spielt eine grosse Rolle; wo die Grenze zu ziehen ist, ist unmöglich zu sagen. In hohem Grade interessant ist die Mittheilung des Herrn S., dass er einen Fall von hypochondrischer Geistesstörung beobachtet hat, bei dem sich ein Magenleiden vorfand (Anaciditas hydrochlorica); eine Arbeit von Alt ist in der Publication begriffen, in der nachgewiesen wird, dass eine gewisse Art von Hypochondrie entsteht in Folge von Veränderungen des Magenchemismus, sowohl durch Anacidität als durch Hyperacidität (Hypochondria gastrica); hier ist die Prognose sehr günstig.

Die concentrische Gesichtsfeldeinschränkung ist sehr selten, wichtig das Symptom der Agrypnie; das ist nichts subjectives; ebenso misst H. dem Symptom der Beschleunigung der Herzaction eine sehr grosse Bedeutung bei. Das Krankenhaus des Herrn S. verwirft H. Zudem haben wir kein Recht, solche Kranke als Gefangene zu behandeln.

Mendel (Berlin): Es müssen eigenthümliche Momente vorliegen, dass die verschiedenen Kliniken zu so verschiednen Resultaten gekommen sind. Die Patienten des Herrn Oppenheim seien mit wenigen Ausnahmen auch die seinigen gewesen. M. kommt aber nicht zu dem Schluss Oppenheim's sonder stellt sich im Wesentlichen auf den Standpunkt des Herrn Schultze, nur dass er nicht soviel Simulanten gesehen hat. Die sog. objectiven Symptome sind sehr subjectiv. Die perimetrische Untersuchung in seinen Fällen wurde von Prof. Hirschberg gemacht; auch H. steht nicht auf dem Standpunkte Oppenheim's bezüglich des Gesichtsfeldes. Auch auf die Sensiblitätsstörungen legt M. kein so erhebliches Gewicht; die Kranken sind wohl abgerichtet, namentlich in Berlin, wissen ganz genau, worauf es ankommt. Der Pulsbeschleunigung legt er Werth bei, wenn sie immer wieder gefunden wird, besonders bei einer sehr häufig bei solchen Patienten nachweisbaren Atherose an den fühlbaren Arterien im jugendlichen Alter. Bei seinen Gutachten habe es sich M. ganz besonders gelegen sein lassen, die Betreffenden nach etwaigen früheren Verletzungen zu fragen. Man wird dann sehen, dass sie oft schon früher viele schwere Verletzungen erlitten haben, ohne üble Nachwirkung. Was die Simulanten anbetrifft, so wird eine grosse Erfahrung allmählich dahin führen, dieselbe zu erkennen. M. ist auch gegen das „Unfallkrankenhaus“, welches eine Züchtungsstelle von Simulanten sein würde, auch würden die Kosten zu gross werden.

Mierzejewski (Petersburg): Fragt nach den Temperaturverhältnissen bei traumatischer Neurose.

Rumpf (Marburg): Steht auf dem Standpunkt von Schultze und Mendel. Hat nie conc. Gesichtsfeldeinschränkung gesehen; auch nie Anal-

gesie. Was die Simulanten anbetrifft, so kann man darüber nur urtheilen, wenn man die Fälle durch Jahre hindurch verfolgt. Den von Hoffmann angegebenen Procentsatz hält R. für zu gross. Simulation von sensiblen Störungen wurde bei kombinirter Untersuchung entlarvt. Manche Simulanten waren bei längerer Beobachtungszeit nachher als schwer krank gefunden worden.

Hofmann (Heidelberg): Vertheidigt seine Arbeit Oppenheim gegenüber. Es gäbe traumatische Neurosen im Sinne Oppenheim's; es gibt aber auch traumat. Hysterieen im Sinne Charcot's, und endlich gäbe es auch Simulanten.

Knapp (Boston): Stimmt zum Theil überein mit Schultze; ist nicht für den Ausdruck „traumatische Hysterie.“ Vieles fällt unter den Begriff der Neurasthenie; andere Fälle haben eine organische Basis; betreffs der Simulanten stimmt er mit Oppenheim überein.

Oppenheim (Berlin): Erwähnt, dass bei einem Patienten, der längst begutachtet war, und sich in die Anstalt nur aufnehmen liess, um geheilt zu werden, sich bis zuletzt conc. Einschränkung zeigte (Controlle durch Uhtoff). Ueberrascht habe ihn der Angriff des Herrn Mendel. Derselbe habe kein thatsächliches Material gebracht, den grössten Theil seiner (Oppenheim's) Patienten sei ihm von auswärts zugeschickt worden, und sei Herrn Mendel nie zu Gesicht gekommen.

Benedict (Wien): hat einige allgemeine Gesichtspunkte mitzutheilen. Die Discussion um die Benennung sei unnütz; das Wort „traumatische“ Neurose hält er für sehr glücklich. Zu der Gesichtsfeldfrage theilt B. den Standpunkt Opppenheim's. Es kommt vor, dass ein Patient heute keine Einschränkung hat, und nach $1^1/_2$—2 Jahren eine solche bekommt; die Heilung kann eine scheinbare sein; die nachträglichen Erscheinungen treten oft sehr spät ein. Der Zusammenhang der Erscheinungen ist ja schwer zu beweisen. Wir müssen den fortschreitenden Character in Anbetracht ziehen. Es ist wichtig, die Diagnose zu stellen, ehe man die Anamnese erhebt. Simulanten kommen überall vor. Wenn wir eine Statistik machten, müssten wir streng sondern, und die durch Schreck entstandenen Neurosen nicht mit den localen Neurosen in einen Topf werfen.

Schultze (Bonn): Erwidert Herrn Mierzejewski, dass er keine Temperatursteigerung bei seinen Kranken gefunden hat. Benedict habe ihn in dem Punkte der Simulation nicht überzeugen können. Bedauert, dass die Gesichtsfeldeinschränkung sich so selten nachweisen lasse. Den Vorschlag Oppenheims, eine Commission zu ernennen, halte er für überflüssig.

10) **Kjellberg** (Upsala): *Ueber die Nicotinpsychosen.* (286)

Nicotion wirkt schon in kleinen Dosen giftig. In Dosen bis 3 Milligramm rufe es anfangs brennende Empfindung auf der Zunge hervor, dann vermehrte Speichelsecretion etc. —

Während die Vergiftung durch Nicotin anfangs unangenehm empfunden, wird tritt später Gewöhnung ein, schliesslich Nicotin-Zwang. Eine ausgebildete Psychose in Folge übermässigen Tabakgebrauch wird häufig beobachtet. Besonders grosse Gefahr bietet das Kauen des Tabaks, eine Gewohnheit die im Norden sehr verbreitet, so dass Vortr. reichlich Gelegenheit hatte, diese Intoxicationspsychose zu beobachten. Er beschreibt sie bei einem 27 jährigen nicht

hereditär belasteten Landbauarbeiter. Derselbe hatte seit seinem 12. Lebensjahr Tabak gekaut, die Tagesdose betrug während des letzten Jahres 25 G. Im Anfang 1889 verlor Pat. die Arbeitslust, wurde im Semptember desselben Jahres arbeitsunfähig, lag zu Bett, ohne sich zu bewegen, antwortete zögernd, war schlaflos und zeigte gewisse Exaltationen. Es entwickelte sich das Bild einer Nicotinpsychose welcher Vortragende den Namen *nicosis mentalis* beilegen möchte. Indem K. diese primäre Intoxicationsparanoia ausführlich beschreibt, unterscheidet er zunächst ein Prodromalstadium, in welchem nach längerem Gefühl des Unwohlseins sich die Stimmung ändert. Indem dem Kranken jede Beschäftigung zuwider wird, wird er trübe und deprimirt. Anfälle von präcordialer Angst treten auf. Nach $1^1/_2$ bis 3 Monate ist die Psychose vollkommen entwickelt, deren erstes Stadium durch lebhafte Hallucination des Gehörs, des Gesichts und des Gefühls und durch sonderbare Vorstellung ausgezeichnet ist. Die Dauer desselben ist gewöhnlich 6—7 Monate. Im 2. Stadium der Krankheit hebt sich die Stimmung des Kranken; er spricht mit fröhlicher Miene und singt häufig, es besteht Ideenflucht.

Die Gesichts- und Gehörstäuschungen lassen den Kranken selten frei. Dazwischen liegen Zeiträume, wo die Stimmung eine düstre ist, die Aufmerksamkeit gemindert. Im 3. Stadium gehen die Intervalle in einander über. Das Gemüth bleibt ruhig, ist aber empfindlich, das Gedächtniss ist theilweise geschwunden. Für seine Umgebung ist Pat. nicht ohne Aufmerksamkeit, sein Auge ist indess stumpf und ausdruckslos. Was die Prognose betrifft, so ist sie im ersten Stadium gut, sobald man den Abusus verhindern kann; auch im 2. Stadium ist noch Genesung zu erwarten; befindet sich der Kranke schon im dritten Stadium, so ist sein Zustand aussichtslos. Die Therapie besteht vor allem im Verbot des Tabaks; günstig wirkt die Anwendung von Mineralwasser, insbesondere des Karlsbader. Die Schlaflosigkeit ist mit Sulfonal und Bromkali zu bekämpfen, ferner der Allgemeinzustand durch Tonica zu heben.

11) **Felix Semon** und **V. Horsley** (London): *Experimentelle Demonstration der centralen und peripheren Innervation des Kehlkopfes und eine Theorie der motorischen Innervation des Kehlkopfes.* (287)

Die Methode dieses Thierexperimentes ist von Horsley ersonnen worden: das Thier (Hund, Affe, Katze) wird tracheotomirt, mit Aether narcotisirt; das obere Stück der Trachea bis an den Larynx wird herausgeschnitten; dann wird das Thier in die Seitenlage gebracht und die Kiefer mittelst zweier Halter zurückgezogen; die Zunge wird durch einen Faden vorgezogen, ebenso wird die Epiglottis zurückgezogen. Man kann dann durch den Kehlkopf durchblicken. Das Bild des Kehlkopfes wird vermittelst eines Beleuchtungsapparates an die Wand geworfen. Semon beabsichtigt in möglichst gedrängter Kürze die Resultate der Untersuchungen anzugeben, die von Horsely und ihm seit 1881 bis jetzt gemacht worden sind; die Untersuchungen sollen fortgeführt werden.

Der Plan des Vortragenden besteht darin, mit der Medulla zu beginnen, dann die periph. Innervation zu besprechen, um dann zu den corticalen Centren des Kehlkopfes überzugehen und endlich die Beziehungen des Stabkranzes und der inneren Capsel zu den Bewegungen der Stimmbänder darzulegen.

Der Kehlkopf dient zwei verschiedenen Functionen, der Athmung und Stimmbildung. Die erste ist hauptsächlich automatisch, die zweite (ausser beim Weinen, Husten, Lachen) rein willkürlich.

1) Medulla oblongata.

a) Respirationscentrum.

1) Es existirt in der Medulla (bei der Katze im oberen Abschnitt des Bodens des 4. Ventrikels) ein Centrum für die respirator. Kehlkopfbewegungen, welches unabhängig von demjenigen für die Athmungsbewegungen des Thorax ist; wenn man dieses Centrum zeigt, so bleibt die Glottis dauernd offen, während der Thorax mit seinen rhytmischen Bewegungen fortfährt.

2) Das bulbäre Kehlkopfscentrum ist doppelseitig.

3) Die von der Medulla auslösbare Bewegung der Stimmbänder ist hauptsächlich die der Inspiration.

b) Phonationscentrum.

1) Es existirt ein Abductionscentrum für Phonation im Bulbus; dieser ist ein Durchgangscentrum. Bei Reizung der Ala cinerea und des oberen Randes des Calamus scriptorius erhält man kräftigen Glottisschluss.

2) Reizung des Corpus restiforme und dessen inneren Randes bewirkt eine Einwärtsbewegung des Stimmbandes derselben Seite.

3) Die Intensität der bulbären Reizung wechselt je nach der Menge des von dem Thiere inhalirten Aethers. Bei tiefer Necrose erzielt man blos Auswärtsbewegung der Stimmbänder.

c) Peripherisches Nervensystem.

1) Die Behauptung, dass die unteren Bündel des Vagus allein die motor. Innervation des Kehlkopfes bilden und dass der Accessorius nichts damit zu thun habe, harrt noch der Entscheidung.

2) Der Vagus führt centripetale wie centrifugale Fasern; der Recurrens nur centrifugale. (Reizung des centralen Endes des Recurrens ist ohne Erfolg.)

3) Bei progressiven organischen Erkrankungen der Wurzeln und Stämme der Kehlkopfnerven, werden klinisch zunächst die Erweiterer betroffen; bei der Autopsie werden die Erweiterer (Mm. crico-arytaenoidei postici) mehr als die Verengerer oder selbst ausschliesslich degenerirt gefunden.

4) Wahrscheinlich existirt ein Unterschied in der biologischen Zusammensetzung der Muskeln (mit Einschluss der Nerven) weil

a) die Erweiterer nach dem Tode früher absterben als die Schliesser,

b) ein peripherer und differenzirender Einfluss des Aethers auf die Kehlkopfmuskeln besteht, der nur auf dem Wege der Circulation sich geltend machen kann.

c) bei allmählicher Abkühlung des n. recurrens die Erweiterer früher gelähmt werden als die Schliesser. (B. Fränkel u. Gead.)

Man spricht seit einigen Jahren von der „Semon'schen Theorie"; dieses Verhältniss der Erweiterer zu den Verengerern beruht aber auf klinischen und anatomischen Thatsachen.

5) In der Mehrzahl aller progressiven organischen Erkrankungen der Kehlkopfnerven findet eine primäre Lähmung der Abductoren und nicht eine primäre Contractur der Antagonisten statt.

d) *Gehirnrinde:*

1) *Respiration.*

Die Katze, das Thier welches am schwersten stirbt, hat das grösste Athmungscentrum in der Rinde, der Affe das kleinste. Nur bei der Katze fanden S. und H. ein wahres Centrum für die Abduction, dicht am Rande des Sulcus olfactorius. Reizung dieses Centrums bewirkt Beschleunigung bisweilen Vertiefung der Athembewegungen und bei der Katze Abduction der Stimmbänder. Bei der Katze wurde beobachtet, dass während des Reizens permanente Bewegungen des Thorax oft unverändert fortfahren.

2) *Phonation.*

a) Es befindet sich in jeder Grosshirnhemisphäre ein Centrum für die doppelseitige Adductionsbewegungen der Stimmbänder, welches beim Affen nach hinten von dem unteren Ende des Sulcus praecentralis an der Basis der 3. Stirnwindung und bei Hund und Katze im Gyrus praecrucialis und dem anliegenden Gyrus sich befindet.

b) Einseitige Exstirpation dieses Centrums bewirkt keine Störung, auch die Exstirpation einer ganzen Hemisphäre nicht.

c) Bei sehr kräftiger oder lang fortgesetzter Reizung des Centrums tritt echte Epilepsie der Stimmbänder ein, welche sich allmählich auf die benachbarten Muskeln des Gesichts, Halses Kopfes und der oberen Extremitäten ausbreitet. Hieraus kann man schliessen, dass der „epileptische Schrei" nicht eine Folge eines medullären Reizes sondern die eines Rindenreizes ist.

d) Stabkranz.
Es existirt keine besondere Eigenthümlichkeit bezüglich der Anordnung der Fasern.

f) Innere Capsel.

Diese wurde mittelst der Reizmethode untersucht, nachdem durch einen horizontalen Schnitt durch die Hemisphäre die Basalganglien und die innere Kapsel freigelegt worden war. Die Localisation der „Athmungsfasern" von vornen nach hinten ist folgende:

Am meisten nach vorne: Beschleunigung der Athmungs- und Stimmbandbewegungen, weiter hinten dasselbe mit vorwiegender Auswärtsbewegung der Stimmbänder, am Knie intensivere Bewegungen. Die Fasern, welche der Phonation dienen, sind bei Hund und Katze ebenfalls am Knie oder dicht hinter demselben angeordnet und erstrecken sich, je nach dem Niveau des Schnittes, auch in das hintere Glied. Beim Affen sind sie als ein kleines Bündel im hinteren Gliede der Kapsel unter den Fasern für die Bewegungen der Zunge und des Rachens concentrirt. (Beevor und Horsley.)

In der Dissussion spricht: Onodi (Budapest).

Freitag, den 8. August.

12) **Mendel** (Berlin): *Die pathologische Anotomie der Dementia paralytica.* (288)

M. will sich auf die mikroskopischen Veränderungen beschränken.

1. *Grundsubstanz.* Zwei Veränderungen: Vermehrung der Kerne, und Vermehrung wie Vergrösserung der Spinnenzellen. Im normalen Gehirn kommen die Spinnenzellen nur unter der obersten Schicht der Rinde vor.

Auch in der Umgebung encephalitischer Herde finden wir diese Zellen. Dauert die Paralyse lange, so kommt es zum Zerfall der Neuroglia in Fasern und es bildet sich die Sclerose aus; ist sie in der Markleiste besonders stark ausgebildet, so kann es schon äusserlich zu einer Veränderung kommen; man kann mit einem Wasserstrahl die Rinde abspülen, namentlich, wenn die Leiche nicht ganz frisch mehr ist.

2. *Die Gefässe:* Vermehrung der Kerne an den Gefässwänden, Verdickung der Gefässwände, eine hyaloide Degeneration (Dagonet.).

3. *Die Ganglienzellen*: Veränderung des Protoplasmas, Sclerose und Atrophie findet man in den meisten Fällen von Paralyse. Gudden fand sie in allen.

4. *Die Neuroglia:*

a) Der Faserschwund bei der Paralyse beschränkt sich nicht auf die Hirnrinde, sondern ist ein durchgehender; auch in den Nervenfasern des centralen Höhlengraus (Schütz); ebenso im Kleinhirn (Meyer).

b) Der Nervenfaserschwund ist nichts specifisches für die Paralyse, er findet sich auch bei Alcoholparalyse, Dem. senilis, epileptischen Psychosen u. a. m.

Heerderkrankungen bei der Paralyse sind längst beobachtet. Neuere Untersuchungen von Zacher (innere Capsel), und Lissauer (Thalamus opticus). —

Rückenmark: In den meisten Fällen finden wir die verschiedensten Veränderungen:

a) graue Degeneration der Hinterstränge.

b) Sclerose der Pyramidenseitenstränge.

c) Sclerose der Pyramidenseitenstränge mit Sclerose der Kleinhirnseitenstränge.

d) Die verschiedensten Formen der Myelitis.

Es gibt keinen specifischen Befund für die Paralyse, trotzdem ist die Paralyse eine Krankheit sui generis, die auch ohne klinisches Bild aus dem anatomischen Befund zu erkennen ist. Das Wesentliche ist, dass der Prozess diffus über das Hirn resp. Kleinhirn verbreitet ist.

Was das Primäre dieser Veränderungen anbetrifft, so sind es im Wesentlichen 2 Theorien, die sich jetzt gegenüber stehen.

1. Das primäre sei die Degeneratien in den Nervenfasern, dann Betheiligung der Ganglienzellen, endlich Betheiligung des Zwischengewebes und der Gefässe.

2. Der Prozess geht von den Gefässen aus: Hyperämie, Austritt weisser Blutkörperchen, secundärer Zerfall der Nervenfasern, Schwund der Ganglienzellen. —

In manchen Fallen geht jedenfalls der Process primär nicht von den Nervenfasern aus; M. selbst hat solche Fälle gesehen. Er hat versucht, auf dem Wege des physiologischen Experimentes der Frage näher zu treten. Er hat die Experimente mit dem Drehen der Hunde aufs Neue aufgenommen, weil die Untersuchung der Nervenfasern damals, als er so zum ersten Male experimentirte, nicht mit der nöthigen Genauigkeit zu machen war (Demonstration eines gedrehten Hundes). Thatsächlich ist in frischen Fällen kein Schwund der Nervenfasern vorhanden, wohl aber eine Veränderung im Gefäss-

system (Demonstration von mikroskopischen Präparaten). Kronthal hat durch ein neues Verfahren es ermöglicht, am frischen Gehirn die Capillaren darzustellen. Bei diesen Untersuchungen ergibt sich auch, dass die primäre Entstehung aus dem Gefässsystem das wahrscheinlichere ist.

Im Augenblick liegt die Sache so, dass mit grosser Wahrscheinlichkeit jene Anschauung Berechtigung hat, dass zuerst das Gefässsystem alterirt ist; die Paralyse ist eine chronische Entzündung der Neuroglia mit Ausgang in Atrophie.

Discussion:

Tuczek (Marburg) ist der Ansicht, dass zu den konstantesten Erscheinungen bei der Paralyse gehört, dass es die vorderen Abschnitte des Gehirnes sind, welche in weit hervorragender Weise erkranken, während die Erkrankungen des hinteren Abschnittes mehr secundärer, intercurrenter Natur sind. Forel hat das klinische Bild der Paralyse nach 3 Gesichtspunkten gruppirt:

1. solche Fälle, bei denen die motorischen Lähmungen der Extremitäten und des Rumpfes in den Vordergrund treten.
2. solche, bei denen die Sprachstörung das auffallendste ist.
3. solche, bei denen die intellectuelle Lähmung vorherrscht.

T. glaubt, dass die von ihm zuerst angegebenen Veränderungen zwar nicht specifisch für die Paralyse sind, aber am constantesten bei der Paralyse vorkommen. Die Weigert'sche Methode lässt oft im Stich, wo sich bei Anwendung der Exner'schen Fasern finden.

T. hat keine Fälle von Paralyse gefunden, wo der Faserschwund in der Grosshirnrinde fehlte; auch hat er nie eine diffuse Verbreitung des Faserschwundes finden können, sondern er war stets lokalisirt in dem vorderen Theile des Gehirns (bis in den vorderen Theil des Scheitellappens).

Bei secundärer Demenz fand T. niemals Faserschwund, bei Dem. senilis kommt er allerdings vor, ist aber nicht auf den vorderen Theil localisirt; Paralysen in Folge von chronischen Intoxicationen hat er zu untersuchen bis jetzt noch keine Gelegenheit gehabt.

Dass die Experimente an Hunden sich für die Paralyse des Menschen verwenden lassen, glaubt T. *nicht*.

Dagonet (Paris): erwähnt die hyaloide Degeneration, die er bei Paralyse beschrieben, insbesondere die eigenthümlichen Kugeln, welche in den Lymphräumen sitzen.

Zacher (Ahrweiler): hat in der letzten Zeit 2 frische Fälle von Paralyse untersucht.

Der eine Fall verlief in nicht ganz 4 Wochen vom Beginn der Krankheit. Es fand sich hochgradiger Fasernschwund, hauptsächlich im Vorderhirn.

In dem 2ten Fall, der 2 Monate dauerte, fand sich der normale Befund.

Z. meint, dass in einer grossen Reihe der Fälle das Primäre des pathologischen Processes im Nervensystem zu suchen ist. Bei der galoppirenden Paralyse verläuft der Prozess häuptsächlich im Nervensystem. Bei den chronischen handelt es sich mehr um entzündliche Prozesse im Gefässsystem.

Mierzejewski (Petersburg): meint, Mendel habe vergessen die Cysten in den Meningen, sowie die Veränderungen am Ependym zu erwähnen.

Er habe schon 1875 in einer Arbeit nachgewiesen, dass das Primäre Veränderungen an den Gefässen sind.

Mendel: erwidert, er habe sich mit Absicht nur auf das mikroskopische beschränkt. Er bezweifle nicht, dass Tuczek konstant die von ihm angegebenen Veränderungen gefunden hat, aber, wenn man einen einzigen Fall findet, wo der Faserschwund nicht stattfindet, so fällt die Tuczek'sche Theorie; auch den Untersuchungen Zacher's könne er keinen Werth beilegen. Tuczek sage, die Hundeexperimente bewiesen nichts. Vortragender hat aber sehr hochgradige Veränderungen in den Zellen und Nervenfasern gefunden, nur im Anfange der Erkrankung nicht. Er habe auch blos gesagt die Erkrankung der Hunde habe Aehnlichkeit mit der Paralyse. Auf 100 Fälle von chronischer Paralyse kommen vielleicht ein acuter; für diesen einen Fall will M. das, was Zacher gesagt hat, zugeben.

(Schluss folgt.)

III. Referate und Kritiken.

289) **Richard Ewald** (Strassburg): Der Acusticusstamm ist durch Schall erregbar. (Berl. klin. Wochenschrift Nro. 32.)

Verfasser hatte bei seinen vor einigen Jahren gemachten Versuchen das innere Ohr von Hunden und Katzen zu entfernen, die Erfahrung gemacht, dass sich trotz der besten Hilfsmittel diese Operation nicht mit genügender Genauigkeit ausführen lasse. Er hat daher diese Versuche an Tauben wiederholt und zwar mit Hilfe einer Westien'schen Lupe, die 10 mal vergrössert. Jede Operation dauerte 4—6 Stunden und wurde so minutiös ausgeführt, dass ein Versehen völlig ausgeschlossen erscheint. Das überraschende Ergebniss dieser Versuche ist, dass die Tauben trotz des Mangels des inneren Ohrs auf Schall verschiedenartigster Qualität deutlich reagiren. Die Frage, mit welchem Körpertheil die Tauben noch hören, ob mit dem Stumpf des Acusticusstammes oder mit dem bei der Operation erhalten gebliebenen, äusseren Trommelfell glaubt Verfasser zu Gunsten des ersteren beantworten zu müssen. Verfasser erbringt dafür auch einen direkten Beweis: wenn er nämlich den Stumpf des Accusticus durch Einführung einer Spur Crotonöl oder einer Arsenpaste zur Degeneration oder Atrophie bringt, so werden die Tauben völlig taub. F. Peltesohn (Berlin).

290) **Maximilian Sternberg** (Wien): Ueber Sehnenreflexe.
(Verhandl. des neunten Congr. f. interne Medicin. 1890.)

Duch Experimente an Kaninchen kommt Verf. zu dem Schluss, dass der sogen. Sehnenreflex sich aus einem *Knochen*reflex und einem *Muskel*reflex zusammensetzt. Dass diese bei den verschiedenen Vorgänge auf einen Reiz gleichzeitig auftreten, liegt nach den Untersuchungen von Bäuler daran, dass die sensiblen Nerven der Muskeln einerseits, des Periosts und der Gelenke andererseits von der Peripherie an in einer Bahn zusammenlaufen. Die physiologische Einheit der Muskel- und Knochenreflexe ist in der anatomischen Einheit ihrer Bahnen begründet. Verf. hat mehr als 1500

Kranke auf die Sehnenreflexe untersucht. Bemerkenswerth scheint die Mittheilung, dass er um Vieles seltener Fehlen der S.-R. gesehen hat als andere Beobachter, und ferner, dass er unter mehr als 100 Fällen von senilem Marasmus niemals ein dauerndes absolutes Fehlen der Patellarreflexe gefunden hat; sie sind vielmehr gewöhnlich *gesteigert*. Diese Steigerung besteht manchmal noch wenige Stunden vor dem Tode, und das auch öfter in solchen Fällen, in denen ausgedehntere Degeneration in Muskelästen des Cruralis sich findet. Sehr häufig schwinden die S.-R. sub finem vitae, und es ist dieses Herabgehen der vorher gesteigerten Reflexe bei solchen Individuen (ebenso wie bei Phthisikern) ein signum mali ominis.

Erlenmeyer.

---

291) **Neidert** (Baden-Baden): Oxalurie und nervöse Zustände.
(Münch. Med. Wochenschrift 1890. 34.)

Wir haben hier eine bedeutsame Arbeit vor uns, die einen wohlbeobachteten klinischen Beitrag zu der umstrittenen Frage liefert, ob die Oxaluria oder Oxalaemie eine selbstständige, wohlcharakterisirte Krankheitsform ist, oder nicht. N. entscheidet sich für die Selbständigkeit der O. Er hat 2 Fälle beobachtet; in beiden lag Heredität vor, indem einmal die Mutter, das anderemal der Vater an Diabetes litten.

Das Wesentlichste bei dem einen mitgetheilten Falle sind die nervösen Erscheinungen.

Es war ein 50jähriger Patient, bei dem schon seit Jahren häufig heftiges Herzklopfen mit beängstigenden Oppressionen und asthmat. Anfällen auftraten, besonders Nachts und bei linker Seitenlage. Kein Klappenfehler, wohl aber Herzschwäche und gesteigerte Pulsfrequenz, sodass die Diagnose Fettauflagerung und fettige Degeneration der Herzmuskeln gestellt wurde. Modificirte Pastelcur und Marienbader Wasser brachten jährlich vorübergehende Besserung.

Im Frühjahr 1890 steigerten sich die gen. Erscheinungen erheblich. Es kam eine enorme allgemeine Unruhe hinzu, ferner Zittern der Hände, choreaartige Bewegungen, schwankender Gang und zuckende Bewegungen in den Beinen. Die Schlaflosigkeit widersteht allen Mitteln. Schliesslich Dyspepsie. Von einem Ohnmachtsanfalle ab wurde Pat. bettlägerig. Jetzt, in der controllirten Beobachtung wird entdeckt, dass Pat. enormen Durst hat und in 12 Stunden ungefähr 5 bis 6 Liter Sodawasser vertilgt, er gesteht, dass er schon länger an grossem Durst und besonders an einer Sucht nach kohlensauren Getränken leide. Der Appetit, der früher immer gut war, verschwindet jetzt völlig; auffälliger Widerwille gegen Fleisch. Die wöchentlich 2 mal vorgenommene Urinuntersuchung ergiebt *keinen* Zucker trotz grosser Quantität (8—10 Liter in 24 Stunden) und hohen spec. Gewichtes (1025 - 1030), wohl aber grosse Mengen von oxalsaurem Kalk. Gegenüber der physiolog. Ausscheidung von circa 20 Mg. im Liter Urin fanden sich bei dem Pat. durchschnittlich 200 Mg. und darüber.

Verf. führt dem hier im Referat nur kurz skizzirten Symptomencomplex, den rapiden Kräfteverfall mit einbegriffen, ausschliesslich auf die Oxalurie zurück, zumal er sich durch Sondenuntersuchung nach Probenfrühstück

davon überzeugt hatte, dass ein Magenleiden irgend welcher Art ausgeschlossen werden müsste. Auch Krebs konnte nicht angenommen werden.

Wodurch ist bei dem Pat. nun eine solche abnorm gesteigerte Ausscheidung von oxalsaurem Kalk entstanden, resp. wodurch wird sie unterhalten? Gewisse pflanzliche Nahrungsmittel (Salate, Sauerampfer u. dergl.) und gewisse Medicamente (Rhabarber) sollen die Oxalsäureausscheidung steigern, aber — diese Wirkung zuzugeben — der Pat. nahm diese Sachen nicht in übermässiger Menge zu sich. Auch die von einigen Autoren angeschuldigte üppige Lebensweise, besonders der Genuss von Fleisch kann hier nicht in Frage kommen, da der Kranke äusserst mässig lebte und so gut wie kein Fleisch genoss.

Bemerkenswerth ist folgendes Experiment, weches der Verf. angestellt hat.:

I. a.) Gesundes Individuum. Scheidet bei gewöhnlicher gemischter Kost 15—20 Mg. Oxalsäure im Liter Urin aus.

b.) Erhält einen Ueberschuss von oxalsäurereicher Pflanzenkost und grössere Mengen Fleisch: die Menge des ausgeschiedenen oxalsauren Kalkes steigert sich auf 100 Mg. im Liter.

II. a.) Der Patient. Bei gewönlich, sehr geringer Nahrungsmenge scheidet in circa 200 Mg. Oxals. im Liter Urin aus.

b.) Bekommt dieselbe Menge der gleichen Nahrung wie die Versuchsperson bei I. b. und scheidet demnach ungefähr der gleichen Zeit 500 Mg. Oxalsäure im Liter Urin aus.

Aus diesem Versuche folgt, dass das gesunde Individuum bei 100 Mg. Oxalsäurezufuhr nur 60 bis 70 Mg. Oxals. ausscheidet, also 30 bis 40 Mg. der zugeführten Ox. nicht als solche ausscheidet, sondern dass dieselbe im Körper weiter zu CO_2 und H_2O verbrannt wird. Der Kranke dagegen scheidet ohne besondere Ox.-Zufuhr schon 200 Mg. Ox.-Säure aus; bei einer Zufuhr von 100 Mg. dagegen neben der ursprünglichen 200 Mg. noch weitere 500 Mg. Bei ihm bewirkt also die übermässige Ox.-Zufuhr eine ganz ausserordentlich gesteigerte Oxalsäureausfuhr; bei ihm wird also nicht nur die zugeführte Oxalsäure unverbrannt wieder ausgeschieden, *sondern es wird auch noch aus dem Körpereiweiss Oxalsäure in abnorm grosser Menge abgespalten und ausgeschieden.*

Verf. denkt an eine Nervenstörung centraler Natur als Ursache, Darin ist ihm voll beizupflichten. Nicht aber darin, wenn er von einer „Retardation des Stoffwechsels“ spricht. Der Verbrennungsprocess ist doch wohl, wenn auch qualitativ verändert, ein gesteigerter.

Therapeutisch hat Verf. durch Hydrotherapie und sorgfältig abgepasste Diät dem Pat. Nutzen gebracht. Systematische Muskelarbeit, die v. Mering bekanntlich bei Diabetes empfohlen hat und die thatsächlich Nutzen bringt, wie Ref. sich erst kürzlich wieder zu überzeugen Gelegenheit hatte, hätte bei diesem Krankheitsfalle, der doch sehr an Diabetes erinnert (Heredität!), auch vielleicht Besserung herbeigeführt.

Als ein ausserordentlich wichtiges Nebenergebniss, welches Verf. bei seinen Untersuchungen über die Oxalsäureausscheidung zu Tage gefördert hat, muss ich den Befund bezeichnen, dass durch Cocain die Ausscheidung des oxalsauren Kalkes in einer die physiologische Qualität weit überstei-

genden Menge gesteigert wird. Wir kommen damit dem physiologisch-chemischen Verständniss des rapiden Kräfteverfalles, der bei Cocainisten eintritt, und auf welchen Ref. zuerst hingewiesen kat,*) einen bedeutenden Schritt näher. Erlenmeyer.

292) **Laffitte:** Les troubles trophiques des extrémités dans le rhumatisme chronique. (L'union médicale 1890 No. 65. 66. Leçon recueillie.)

Trophische Störungen beim Rheumatismus treten selten vor dem 25. Lebensjahre auf, verstärken sich mit zunehmendem Alter, sind am deutlichsten zwischen dem 40.—50. Lebensjahre. Fast stets symmetrisch ergreifen sie hauptsächlich die unteren Extremitäten, seltener den Kopf und selten die oberen Extremitäten, gehen an denselben nie über Knie und Ellenbogen hinaus, zeigen sich an der Haut und ihrer Adnexis, können aber noch tiefer auf das Unterhautbindegewebe, die Aponeurose, die Knochen und Gelenke übergreifen. Gewöhnlich werden die Haut und ihre Adnexe zuerst afficirt. Erstere wechselt die Farbe, wird roth oder blass, zuweilen atrophisch, glänzend wie mit Firniss bedeckt; zuweilen indurirt sie, wird mattweiss, wachsartig von Farbe und comprimirt die unter ihr liegenden Gewebe. Erythematöse Plaques, Herpeseruptionen, Pemphigusblasen treten auf, die nicht selten dem Verlaufe eines Nervenastes folgen. Unter anderen Verhältnissen verdickt sich die Haut, Schwielen bilden sich, die Epidermiszellen schruppen sich als feiner Staub ab, zuweilen wird sie glänzend, bekommt Risse und hebt sich in verschiedenen grossen Parthieen ab.

Laesionen der Nägel kommen häufig da vor, wo die Erkrankungen der Haut gering sind, drei Formen finden sich. Der Nagel wird hypertrophisch, glänzend, mit tiefen transversalen Cannelirungen, krümmt sich mit seinem freien Ende dem Fleisch zu, oder er ist voluminös an seinem freien Ende, aber zerbrechlich und schuppig, oder endlich er ist welk, schrumpft nie und fällt spontan ab.

Die Haare werden zerbrechlich, welk und fallen aus, namentlich zeigt sich auf dem Scheitel die characteristisch in Hufeisenform allmählich übergehende Kahlheit. Die Cilien fallen aus, namentlich am untern Augenlid, das in Folge von Blepharitis roth und injicirt ist.

Das Bindegewebe ist atrophisch, in anderen Fällen oedematös und verursacht ein unangenehmes Gefühl von Brennen und Hitze, diese Oedeme sind flüchtig und symmetrisch um die Gelenke localisirt. Die Venen in diesem Gewebe sind erweitert und geschlängelt. Die Aponeurosen verdicken und verkürzen sich, hauptsächlich die Palmaraponeurose und führen zu schweren Funktionsstörungen der Glieder. Die Knochen sind häufig deformirt, hypertrophirt und mit Osteophyten bedeckt, namentlich die Köpfchen der Metatarsalknochen, zuweilen führen periostitische Erscheinungen zur Nekrose. Die Gelenke sind verdickt, der Zwischengelenkknorpel schwindet, krachende Geräusche treten auf.

Die Muskeln leisten länger Widerstand, sie atrophiren sehr wenig, sind aber der Sitz schmerzhafter Crampi und stechender Schmerzen.

*) Erlenmeyer, Die Cocainsucht, Deutsche med. Wochenschrift 22, ferner die Morphiumsucht ihre Behandlung. III. Aufl. Capitel über die Cocainbehandlung und Cocainsucht.

Die Sensibilität ist in den befallenen Körpertheilen entweder in allen Graden total erloschen, oder es besteht *nur* eine relative Anaesthesie, indem die einzelnen Formen der Sensibilität nur herabgesetzt sind. In gar nicht seltenen Fällen besteht ausgesprochene Hyperästhesie, so dass jede leise Berührung höchst unangenehm schmerzhaft empfunden wird. Die Temperatur in den befallenen Hautparthien ist gewöhnlich um einige Zehntelgrade herabgesetzt, treten aber congestive Nachschübe auf, so steigt sie und überschreitet die normalen Grenzen. Anomalien der Schweisssecretion finden sich sehr häufig bei rheumatischen Individuen, dieselbe ist fast constant vermehrt, sie gleicht der bei Alkoholikern vorkommenden Hypersecretion und scheint von der Läsion peripherer Nerven abhängig zu sein.

Alle diese Störungen sind trophischer Art und von anatomischen Läsionen der Nervenendigungen abhängig, wie die histologischen Untersuchungen ergeben haben, so von Pitres-Vaillard. Die trophischen Störungen an den Extremitäten bei an chronischem Rheumatismus Leidenden haben ihren Ursprung in functionellen oder materiellen Störungen des Nervensystems. Wie verschieden und complicirt sie noch sein mögen, so finden sie auch ihre Erklärung in derselben Ursache, die auch den chronischen Rheumatismus schafft. Holtermann.

---

293) **L. Starr** (Philadelphia): A Study of the relationship between the eruption of the permanent teeth and the ailments of late childhood. (Ueber den Zusammenhang der zweiten Dentition mit Erkrankungen im späteren Kindesalter.) (The Therapeutic Gazette 1890 No. 4.)

Die zweite Dentition kann bei den Kindern die gleichen Störungen hervorrufen wie die erste, doch werden dieselben weniger beachtet und gewürdigt, weil erstens die Erscheinungen weniger hervortretend sind und zweitens die Kinder beim Eintritt der zweiten Dentition sich in einem widerstandsfähigeren Alter befinden als zur Zeit der ersten. Die Störungen können den Mund, (lancinirende Schmerzen neuralgischen Characters, die oft auf Auge, Ohr, Gesicht und die Stirn übertragen werden, Röthe und Schwellung des Zahnfleisches, Stomatitis sogar mit Ulcerationen) betreffen, zuweilen sind Verlust und Perversion des Geschmacks vorhanden. Dann treten Störungen des Allgemeinbefindens in verschieden hohen Graden mit Abmagerung, unstätem Wesen, ängstlichem Gesichtausdruck, Interesselosigkeit, bleicher Gesichtsfarbe, Mattigkeit und unruhigen Schlaf, zuweilen leichten abendlichem Fieber auf. Schmerzenim Munde sinddabei constant vorhanden, die durch Kauen vermehrt werden und so Anorexie hervorrufen; das Zahnfleisch ist geröthet, geschwollen und empfindlich über den hervordringenden Molarzähnen. Die Symptome verschwinden mit dem Durchbruch der betreffenden Zähne, um wieder zu erscheinen, sobald eine neue Gruppe durchbrechen will, hauptsächlich geben die vorderen Molarzähne Anlass zu diesen Störungen.

Die Störungen im Digestionstractus erreichen selten die Höhe wie bei der ersten Dentition; Anorexie, Erbrechen, acuter oder chronischer Gastrointestinalcatarrh sind die Erscheinungen, denen sich Kopfschmerzen, Verstimmung, schlechter Schlaf, Zähneknirschen, nächtliches Aufschrecken in Folge ängstlicher Träume, Somnambulismus und nächtliche Incontinenz des Urins anschliessen können.

Vergrösserung der Submaxillardrüsen und einer oder mehrerer Lymphdrüsen des Nackens treten häufig bei Durchbruch des ersten Molarzahnes auf. Die Schwellung ist mässig, wenig empfindlich, zuweilen besteht Neigung zu chronischer Induration selten zu Vereiterung, höchstens bei Scrophulose. Conjunctivalblenorrhoe und Otitis sind selten und in ihrem Zssammenhang mit der zweiten Dentition noch wenig bekannt.

Stupor der Lippen, Ekzem, Urticaria, sind häufig und offenbar mit gastro-intestinalen Störungen zusammenhängend. Nasalkatarrh und Bronchitis sind die häufigsten Erscheinungen von Seiten des Respirationstractus.

Von nervösen Störungen werden sensible wie motorische beobachtet. Kopfschmerz ist gewöhnlich, meistens in dsr Schläfe und einseitig, doch kann er auch in der Occipitalregion und andern Theilen des Gesichts seinen Sitz haben, zuweilen springt er von der Schläfe zum Hinterkopf über. Er ist lancinirend, mehr oder weniger constant, ohne bestimmte Intermissionen, während seines Bestehens finden sich Schlaflosigkeit, Anorexie, frequenter harter Puls, Schwitzen, Dilatation der Pupille der afficirten Seite und zuweilen Blödsichtigkeit, Diplopie oder Sehen von farbigen oder leicht farbigen Spectren. Ein oder mehrere Schmerzpunkte lassen sich nachweisen und gewöhnlich fühlt man eine harte, empfiudliche, mässig vergrösserte Lymphdrüse in der Submaxillar- oder Cervicvalregion. Die Anfälle sind von Störungen in der vasomotorischen Innervation abhängig, die durch Reizung sympathischer Nerven hervorgerufen werden, welche unregelmässige Contraction und Spasmen der Gefässe der Temporal- und Occipitalarterien bemerken. Die wahre Quelle des Reizes ist im Munde zu suchen. Motorische Störungen sind nicht so gewöhnlich aber verschiedenartiger. Reflexspasmen und Lähmungen der Augenlider sind beobachtet. Es kommen noch ausgedehntere Lähmungen vor, der oberen oder unteren Extremität, oft gehen choreatische Bewegungen vorher. Bei diesen Zuständen tritt in manchen Fällen schnell Genesung ein, in anderen Fällen jedoch atrophirt die Extremität und die Lähmung vergesellschaftet sich mit anderen, schwerere Läsionen des Rückenmarks und des Gehirns andeutenden Symptomen, Respirationsbeschwerden, Asthma, Palpitationen, Verzerrung des Gesichts, Schielen, die in Coma und Tod endigen. Solche Fälle sind sehr selten.

Wie schon erwähnt, treten in Folge des Dentitionsreizes choreatische Bewegungen als Prodrome der Lähmungen auf, viel häufiger jedoch erzeugt derselbe bei nervösen Kindern genuine Chorea. Epilepsie ist ebenfalls eine häufige bei der Dentition und in Folge derselben auftretende Erkrankung, in diesen Fällen jedoch sind gewöhnlich schon während der ersten Dentition allgemeine Convulsionen aufgetreten. Holtermann.

---

294) **A. Tamburini**: Sulla natura dei fenomeni somatici nell' ipnotismo. (Rivista sper. di fren. e di med. lg. Bd. 16. Heft 1 u. 2.)

Die somatischen Phaenomene des Hypnotismus d. i. die neuromuskuläre Hyperexcitabilität im lethargischen Stadium, die flexibilitas cerea im kataleptischen Stadium und die cutane Hyperexcitabilität im somnambulen Stadium des Charcot'schen grossen Hypnotismus sind nur verschiedene Aeusserungen desselben Grundzustandes nämlich der erhöhten Reflexerregbarkeit; deshalb rechtfertigen sie in keiner Weise die Aufstellung der drei verschie-

denen genannten Stadien. Aber jene Symptome sind nicht einmal charakteristisch für den hypnotischen Zustand, da man ihnen auch im wachen Zustande begegnet. Es sind das pathologische Phaenomene, welche der Hysterie eigenthümlich sind, die entweder offenbar oder latent schon vor jeder Hypnotisirung bestanden haben und durch den Hypnotismus nur leicht anschaulich gemacht werden können. Daher erklärt es sich auch, dass man in den weitaus meisten Fällen von Hypnotismus weder durch Suggestion noch auf andere Weise jene Phanomene hervorrufen kann; sie präexistiren aber nur in einer geringen Anzahl von Fällen der sog. „grande hysterie" überhaupt aber hängen eine grosse Anzahl von Phaenomen, die im Hypnotismus auftreten von den präexistirenden Krankheiten des betreffenden Individiums ab. Der Hypnotismus selbst ist nur ein Schlafzustand, der nichts pathalogisches hat (?), sondern nur eine gewisse Vermehrung der Reflexerregbarkeit und eine beträchtliche Vermehrung der Suggestibilität hervorruft.

Strauscheid.

---

295) **Buzzard:** Discussion on the morbid anatomy and pathalogie of chronic alcoholism. (Transactions of the pathalogic society of London.)

B. macht zunächst auf ein Symptom aufmerksam, welches er seit vielen Jahren bei Frauen mit Alcoholneuritis beobachtet hat und mit dem völligen oder fast völligen Aussetzen der Blasen- und Rektumfunktionen in Beziehung bringt: es ist dies das Fehlen der Menses während der Dauer der Krankheit. — Der Ansicht Dr. Paynes, dass das Zusammentreffen von parenchymatöser Degeneration und interstitieller Entzündüng bei Alkoholneuritis für die directe Wirkung des Alkohols auf die Nerven spräche, widerstreitet B. unter Hinweis auf die allerdings seltenen Fälle; wo die interstitielle Entzündung ganz fehlt. Mit Erb hält B. desshalb die parenchymatöse Degeneration und die interstitielle Entzündung für 2 verschiedene Erkrankungen, welche er indirekt auf die Wirkung des Alkohols auf die vasomotorische Centren der Medulla und des Rückenmarks zurückführt. Je nachdem die vasomotorischen oder vasodilatorischen Nervenfasern der kleinen Arterien afficirt sind, je nachdem also eine Verminderung des Blutzuflusses zum Nerven oder eine Blutstauung stattfindet, entsteht eine parenchymatöse Degeneration oder die interstitielle Entzündung.

Hoppe (Allenberg).

---

296) **Adler** (Detroit): Report of a case of chronic mercurial poisoning. (The american Lancet. Mai 1890.)

45jähriger, vereiratheter Hutmacher, Vater von 4 gesunden Kindern, nicht syphilitisch, früher stets gesund mit Ausnahme einiger Intermittensanfälle und Kinderkrankheiten, vor seinem jetzigen Gewerbe Restaurateur, seit 9 Jahren in einer Hutfabrik beschäftigt, wo verschiedene Säuren und Quecksilber in grossen Quantitäten gebraucht wurden, fühlt seit einem Jahre Beschwerden, die allmählig zunehmen, Mundschleimhaut und Zahnfleisch wurden schmerzhaft, die Zähne fielen aus, Tremor der Extremitäten stellte sich ein, so dass er die Zeitung nicht mehr mit Ruhe lesen konnte. Der Gang wurde schwankend und holpernd, wie bei einem Betrunkenen, die Kräfte nehmen ab, schwarze Punkte erschienen vor den Augen, die ihm das Lesen

erschwerten, die sexuelle Potenz schwand, der Appetit ebenfalls, er verlor innerhalb kurzer Zeit 25 Pfund an Gewicht. Zeitweise traten Schwindelanfälle und häufig Diarrhoe auf. Die Sprache wurde anstossend und schwer verständlich.

Die Untersuchung ergab: Schüttellähmung sämmtlicher Extremitäten, Sprache anstossend, Foetor ex ore, Ptyalismus. Zähne theils fehlend, theils lose, das Zahnfleisch hatte einen bläulichen Saum, wie er bei Bleivergiftung vorkommt.

Bettruhe, kleine, oft wiederholte Dosen Jodkali, Schwefelbäder stellten den Kranken soweit wieder her, dass er ausser Bett ist und mit ziemlicher Ausdauer gehen kann. Holtermann.

---

297) **Galin**: Zur Casuistik der von Mittelohrcatarrhen abhängigen Facialislähmungen und der chirurgischen Behandlung der Trommelhöhle bei denselben. (Medizinskoje Obosrenie Nro. 11.)

2 Fälle von Otitis media, im welchen nach 2, resp. 1/2 Jahre eine der Ohraffection gleichseitige Facialislähmung mit EaR sich ausbildete. Nach Ausschabung der kranken Pauckenhöhlen verschwand die Lähmung bald und besserten sich auch die elektrischen Erscheinungen; im 2. Falle trat 24 Stunden nach der Operation reichliche Speichelabsonderung ein. Interessant ist die Thatsache, dass zu Ende der Operation und im Verlauf der ersten 24 Stunden die Lähmung verschwand, um 12—24 Stunden später wieder aufzutreten, um später vollständig zu schwinden, diese Erscheinung führt Verf. auf eine durch die Operation gesetzte pseudomotorische Wirkung der Vasodilatatoren des Sympathicus auf die gelähmten Muskeln. (cf. Ragowitsch, über die pseudomotorische Wirkung der Vasodilatatoren. J. D. Kiew 1885.) Hinze.

---

298) **Gustav Garbsch**: Die Differentialdiagnose der progressiven Muskelatrophie. (Inaug. Diss. Berlin 1890. 43 Seiten. Dr. Oppenheim.)

Die vorliegende Arbeit trägt einem praktischen Bedürfniss Rechnung und ist anerkennenswerth. Sie zerfällt gewissermaassen in 2 Theile. Im *ersten* wird die *spinale Form der progr. Muskelatrophie* in ihren Symptomen beschrieben und dann differential-diagnostisch in Vergleich gestellt zur amyotrophischen Lateralsclerose, zur Poliomyelitis anterior chronica, zur Syringomyelie, zur Pachymeningitis cervicalis, zur Myelitis cervicalis chronica, zu den Folgezuständen der Caries der Halswirbelsäule, zu denjenigen Formen von Muskelatrophie, die sich im späteren Leben bei Individuen entwickeln, welche in ihrer Kindheit eine Poliomyelitis anter. acuta überstanden haben, ferner zur multiplen peripheren Neuritis, zur Bleilähmung und zu den Arbeitsparesen. Der zu diesem letzten Abschnitte mitgetheilte Fall einer 25 jährigen Plätterin mit Parese und Muskelatrophie an der linken Hand lässt trotz der Bestimmtheit in Verf.'s Vortrag die grössten Zweifel an der Diagnose aufkommen und wäre besser an dieser Stelle nicht mitgetheilt. Wenn auch beide Hände aussergewöhnlicherweise beim Plätten benutzt worden sind, so fasst doch die rechte das Plätteisen und ist stärker angestrengt wie die linke; es ist daher in der Art der Beschäftigung nur eine geringe Stütze

für die Diagnose zu finden. Dass Verf. die spin. progr. M.-A. auch in Vergleich setzt zu einem Falle von Neurasthenie, bei dem ein „erfahrener Irrenarzt" die falsche Diagnose Muskelatrophie gestellt hat, ist nicht hübsch; die Ueberzieher-Diagnosen der Sprechstunden-Coryphäen können meist eine wissenschaftliche Beleuchtung nicht vertragen.

Der *zweite Theil* beginnt mit einer Schilderung der *myopathischen Muskelatrophie* und setzt dieselbe dem differential-diagnostisch in Vergleich mit angeborenen Muskeldefecten, mit den Folgezuständen der Caries der Wirbelsäule oder der Hüftgelenke und mit dem Endstadium einer Poliomyelitis anterior acuta adultorum. In letzterem Abschnitt wird eine Krankengeschichte gegeben. Ein Literaturverzeichniss von 45 Nummern macht den Schluss. Die These I., welche Verf. seiner Dissertation beigedruckt hat lautet: „Bei der Differentialdiagnose der progressiven Muskelatrophie ist das Verhalten der Sensibilität entscheidend." Erlenmeyer.

---

299) **Dobronrawow:** Fall von aufsteigender Landry'scher Paralyse.
(Medicinskoje Obosrenie No 11.)

Bauer aus em Wiatka'schen Gouvernement (Alter nicht angegeben) wird am 24. März a. c. in das Marapul'sche Hospital aufgenommen, hat vor 6—7 Tagen eine Schwäche der Arme und Beine bemerkt. Er ist immer gesund gewesen, hat nie an Syphilis gelitten und zeigt bei seiner Aufnahme fast vollständige Lähmung aller 4 Extremitäten bei erhaltener Sensibilität schwach ausgesprochenen Sehnenreflexen, sonst keine krankhafte Erscheinung von Seiten irgend eines Organs. Am Abend desselben Tages vollkommene Lähmung der Arme und Beine und Blasenlähmung, äusserste allgemeine Schwäche. Puls sehr klein, 130, Athmen schwer, in der Nacht vom 20. auf den 23. März exitus letalis. Fieber nie verhanden gewesen. Die Section ergab mokroscopisch vollkommenes normales Verhalten des Gehirns und des Rückenmarkes mit ihren Häuten. — Es ist zu bedauern, dass die mikroscopische Untersuchung des Rückenmarks nicht gemacht worden ist. Dr. N. M. Iwanow hat in 2 Fällen positive Resultate einer solchen in der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift 1887 veröffentlicht.

Hinze.

---

300) **Ottokar Brunzlow:** Ueber einige seltene, wahrscheinlich in die Kategorie der Gliosis spinalis gehörende Krankheitsfälle.
(Inaug.-Dissertat. 1890. Berlin. 41 Seiten. Dr. Oppenheim.)

Auf eine knapp und klar geschriebene Einleitung über die Geschichte der Gliosis theilt Verf. 5 Krankengeschichten mit. Es sind nur klinische Bilder, die er zeichnet; die Autopsie fehlt in Allen. Die Diagnose ist manchmal nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose. Die Fälle sind complicirt theils durch Betheiligung gewisser Hirnnerven, und zwar vorwiegend der bulbären X. und XI, theils durch Betheiligung functioneller Neurosen wie Hysterie und traumatische Neurosen. Die Fälle müssen im Original nachgelesen werden. Erlenmeyer.

---

301) Eduard Helbing: Zur Lehre von der echten cerebralen Pseudobulbärparalyse. (Inaug.-Diss. 1890. 44 Seiten. Göttingen, Prof. Ebstein.)

Wenn die in der Einleitung dieser Dissertation gegebenen literarischen Mittheilungen zutreffend sind, dann haben wir in der hier veröffentlichten Beobachtung den *dritten* Fall von echter cerebraler Pseudobulbärparalyse vor uns, bei dem sich keine atheromatöse Degenerationen nachweisen und in Pons und Oblongata trotz sorgfälltigster mikroskopischer Untersuchung (Verf. in Verbindung mit Dr. Becker) keine Herde erkennen liessen. Ausserdem lehrt dieser Fall, dass Kehlkopflähmung, Pulsbeschleunigung und Herabsetzung der reflectorischen Erregbarkeit des Gaumensegels auch bei echter cerebraler P. vorkommt.

Der erste Fall dieser Erkrankung ist von Jolly, der zweite von Kirchhoff veröffentlicht worden.

Die Krankengeschichte des vom Verf. publicirten Falles ist kurz folgende: 48jährige Frau. Vielfacher Tremor.

October 1885: Nach heftiger Gemüthserregung am Abend vorher, erwacht die Pat. am anderen Morgen mit Sprachstörung. — Allmählich kamen hinzu: Schwäche des linken Armes, Schlingbeschwerden, Offenstehen des Mundes, Aphonie, Speichelfluss, Zungenlähmung und Schwäche des l. Arms und des r. Beins.

Septbr. 1887: Weinerlicher Gesichtsausdruck. Totale Diplegie fac. mit erhalterner reflector. und electr. Erregbarkeit, ohne Atrophie. Kauen beschränkt. Reflector. Erregbarkeit des paret. Gaumensegels später herabgesetzt. Spastische Motilitätsstörung der Halsmuskeln und Extremitäten: Ueberwiegen der Abmagerung, Motilitätsstörung und Spasmen links. Herabgesetzte electr. Erregbarkeit, an einzelnen Armmuskeln besonders links. Spastisch-paretischer Gang. Später l. Arm und beide Beine total paralytisch. Pulsfrequenz erhöht, keine Dyspnoe.

Juni 1889: Häufiges Verschlucken mit Husten.

Juli 1889: Bronchiales Athmen. — Tod.

Section: Multiple erweichte und sclerot. Partien in beiden Hemisphären. Muskelatrophie. *Microscop.*: Secundäre Degeneration beider PyB; der PySStr beiders. besonders links, der PyVStr und Py besonders rechts. Grosshirnrinde, Pons, Oblongata, Vorderhörner gesund. An den Muskeln geringe fettige Degeneration und theilweise braune Atrophie.

Verf. hält die multiplen Rindenherden für das Primäre, die Degeneration in der Py B für secundär und die Veränderung in den Muskeln für die Folge der Inactivität.

Wegen der Seltenheit des Falles und wegen der sehr gelungenen Epikrise, die Verf. an denselben knüpft, wäre zu wünschen, dass die Arbeit an einem mehr gelesenen Orte publicirt wäre. Die Arbeit verdient entschieden weitgehendste Beachtung, die ihr in der Form der Dissertation schwerlich zu Theil wird. Erlenmeyer.

---

302) Awtokratew: Zur Frage von den Kleinhirntumoren.
(Vortrag in der russischen medicinischen Gesellschaft bei der Kaiserlichen Warschauer Universität.) (Westnik psychiatrii i nevropatologie 1890. VII. 2.)

Verf. giebt Eingangs kurz aber übersichtlich den gegenwärtigen Standpunkt der Frage über die Lokalisation der Kleinhirntumoren, wobei er nichts Neues bringt und geht dann zur Beschreibung seines Falles über.

Der 27 jährige Unteroffizier des 7. Schützenregiments Fedor Wilikanow wird am 19. Mai 1880 (?) in das Ujasdow'sche Militärhospital zu Warschau aufgenommen, behauptet seit 2 Monaten krank zu sein. Anfangs Kopfweh, Schwindel und Ohrensausen, welches später durch „Mäusepiepen" ersetzt wurde, während der Schwindelanfälle flimmern die Gegenstände vor seinen Augen, dazu traten Ohnmachten auf, welche von Krämpfen in den linksseitigen Extremitäten begleitet waren, 6 Wochen nach Beginn der Krankheit allmählig sich steigernde Sehschwäche. Mit Ausnahme eines Trippers und Lymphdrüsenschwellung in der Leistengegend ist Pat. immer gesund gewesen.

Stat. praesens. Mittelgrosser gut ernährter Mann hält in sitzender Stellung den Kopf unbeweglich, weil sonst ihn Schwindel und Gesichtsverdunkelung befallen. Die rechte Pupille ist etwas weiter als die linke. Die Pupillenreaction auf Licht, Accomodation und Schmerz ist sehr herabgesetzt, besonders rechts. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab bedeutende Venenerweiterung mit Hämorrhagien in den Papillen, rechts war diese stärker entwickelt als links, die Sehschärfe R. = 0,2, L. = 0,5. Pat. kann mit beiden Augen die Gegenstände kaum unterscheiden, mit dem linken Auge allein etwas besser, als mit dem rechten. Die ausgestreckte Zunge weicht etwas nach rechts ab und zeigt fibrilläre Zuckungen, die mimischen Bewegungen der rechten Gesichtshälfte werden zuweilen von schwachen Zuckungen begleitet, die Muskeln der linken Gesichtshälfte contrahiren sich schwächer, als rechts, die linke Nasolabialfalte ist flacher, als die rechte. Der Kranke steht mit gespreizten Beinen, nach längerem Stehen mit offenen Augen fangen die Beine an zu zittern und der Körper an zu schwanken, der Gang ist taumelnd, zickzackartig, wie bei einem Betrunkenen mit Neigung nach rechts, sehr bald tritt Schwindel auf. Beim Aufrichten und Niederlegen tritt heftiger Schmerz in Stirn, Schläfen und Hinterkopf auf mit gleichzeitigem Reissen in den Augen, bei längerem Liegen verschwindet der Kopfschmerz und es hinterbleibt Druck an den Schläfen. Die Patellarreflexe sind ziemlich deutlich ausgesprochen, die tactile Tast- und Schmerzempfindung ist erhalten, T. normal, M. 36° Abends 37°. Im Verlaufe der Krankheit traten ausser den beschriebenen Symptomen noch Uebelkeit und Erbrechen, Schlaflosigkeit der Kopfschmerzen wegen und epileptiforme Anfälle auf. Die T. blieb immer normal, der Puls schwankte zwischen 60—78, zeitweilig schwanden die Kopfschmerzen und fühlte sich der Kranke ganz wohl, 3 Tage vor dem, am 7. Juli 1889 plötzlich erfolgten Tode waren beständige Kopfschmerzen vorhanden. Die *Section* ergab Hyperämie der Meningen, Hydrops venticulorum, tuberculum solitarium, welches haselnussgross, den ganzen Wurm einnahm, diffuse Tuberculose beider Lungenspitzen und der Milz.

In der ausführlichen *Epikrise* kommt Verf. zum Schlusse, dass nur der Schwindel und der eigenthümliche Gang pathognomisch für Kleinhirnaffectionen seien und zwar speciell für den Wurm, während die übrigen Symptome theils von dem erhöhten intracraniellen Drucke, theils von der Weiterverbreitung des Prozesses auf benachbarte Theile abhängen.

Hinze.

303) **A. Hill Griffith** and **T. Steele Sheldon**: Cerebral tumor involving the frontal lobes. (Journal of mental science XXXVI. 1890. pag. 223 seq.)

Grosses abgekapseltes Endotheliom (Sarcom) an der Basis beider Stirnlappen bei einem 23 jährigen Mädchen. Der Tumor schien von dem Boden beider vorderer Schädelgruben ausgegangen zu sein, hatte aber in fast symmetrischer Weise die Orbitalrinde und den grösseren Theil des Markes beider Stirnlappen durch Druckatrophie zum Schwund gebracht. Die Rinde der Convexität war unbetheiligt.

Neben den gewöhnlichen Symptomen des Hirntumors (Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Stauungspapille etc.) hatten sich im Laufe des 3 Jahre dauernden Leidens Blindheit, Taubheit, Anosmie und Agensie, rechtsseitige Hemihypaesthesie, Parese des linken Abducens, sowie Gedächtnissschwäche, Sprachstörung und Verlust der Patellarreflexe entwickelt. Der Tod erfolgte im Coma.

Eine Localdiagnose war im Leben nicht gestellt worden, wie überhaupt Tumoren der Stirnlappen oft gar nicht zu diagnosticiren sind; nicht selten verlaufen sie ja geradezu unter dem Bilde einer Dementia paralytica oder einer anderen Psychose. Sommer.

---

304) **Gilbert Ballet** (Paris): Die innerliche Sprache und die verschiedenen Formen der Aphasie. (Nach der zweiten franz. Aufl. übersetzt von Dr. Paul Bongers, pr. Arzt in Jena. Leipzig, 1890. 196 S. 8⁰.)

Ballet schrieb das in einer guten Uebersetzung uns vorliegende Buch als thèse d'aggrégation im Jahre 1886. Unsere Leser werden in demselben nicht gerade viel Neues finden. In gewandter, leicht verständlicher Sprache setzt uns der Verfasser die allbekannte Charcot'sche Theorie der Aphasie auseinander. Zunächst handelt er von den verschiedenen Arten, wie bei den einzelnen Individuen sich das Wort, die Sprache dem Gedanken darbietet; dies pflegt bei den Einzelnen meistens constant unter derselben Bildform zu geschehen, entweder unter dem Gehörsbild, oder dem Gesichtsbild oder dem motorischen Bilde. Danach unterscheidet B. mit Charcot Personen, die in Sprachvorstellungen, in Schriftvorstellungen, in Sprech- oder Schreibvorstellungen denken; dazu kommen noch die Gleichgiltigen (Gemischten). Diese verschiedene Gruppen werden durch zahlreiche Beispiele der eignen Erfahrung oder der Literatur illustrirt.

Die Aphasie wird alsdann nach dem bekannten einfachen Charcot'schen Schema abgehandelt, wobei die Haupttypen (Worttaubheit, Wortblindheit, motorische Aphasie und Agraphie) eingehendere Würdigung finden. Sehr spärlich werden die zusammengesetzten und die Leitungsaphasien behandelt. Das Buch schliesst mit einer kurzen Betrachtung über die Localisation der Sprache und über die Diagnostik der Aphasie. Von dem Uebersetzer ist eine Besprechung der neueren Arbeiten von Wernicke und Grashey dem Werke hinzugefügt (17 Seiten).

Das Werk hat den Vorzug in lichtvoller, leicht verständlicher Sprache an der Hand eines einfachen Schemas ein klares Bild der einfachen Fälle von Aphasie zu geben. Wer aber heute bei Beurtheilung der vielen complicirten Fälle, wie sie die Praxis zeigt, in dem Ballet'schen Buche

möglichst genaue Aufklärung und Orientirung sucht, wird dasselbe wohl manchmal unbefriedigt aus der Hand legen, und sich im Studium der Einzelliteratur Rath holen müssen. Die Uebersetzung kann durchgehends gerühmt werden. Strauscheid.

305) **Alex. Athanassio**: Ancien externe des hôpitaux et de la Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière). Des troubles trophiques dans l'hystérie. (Lecrosnier et Babé — Paris — 1890.)

Gewiss sind die sog. trophischen Störungen die wenigst bekannten Veränderungen der Hysterie. Erst dem Meister der Salpêtrière war es vorbehalten, deren Bedeutung zu würdigen, und somit ein neues Kapitel der Symptomatologie der Hysterie zu statuiren, sowie die Aufmerksamkeit der Kliniker auf dasselbe zu lenken. Sein Schüler Athanassio unterzog sich der dankenswerthen Aufgabe, die in der Literatur zerstreuten Beobachtungen über die trophischen Störungen hysterischen Ursprungs in einer Monographie zu vereinen, welcher Charcot selbst mit einem Vorworte das Geleite giebt. A. theilt die trophischen Störungen folgend ein:

A) Trophische Störungen der Haut und ihrer Appendixen.

a) *Nicht specialisirte Störungen* (Erythema fugax).

b) *Specialisirte Störungen* (Vesiculöse Eruption, Pemphigus, Vitiligo, Herbes zoster).

c) Canities, Ausfall der Haare und Nägel.

B) Vasomotorische und secretorische Störungen.

Spontane Ecchymosen, Hauthämorrhagien. Symmetrisches Gangraen der Extremitäten. Blaues Oedem. Anschwellung des Halses und der Brust. Galaktorrhöa. Localer Schweiss.

C) Zelliges Gewebe.

Erkrankung des ligamentösen periarticulären Apparates. Fibro-tendinöse Retractionen.

D) Muskelatrophie.

Es würde den Rahmen dieses Referats weit übersteigen, wenn wir die in der Monographie A. s. befindlichen Beobachtungen anführen wollten; wir beschränken uns vielmehr auf die allgemeinen Betrachtungen des Verf.

Das *Erythem* ist mit den partiellen Congestionen, dem vorübergehenden Erröthen nicht zu verwechseln; es entsteht auf anästhetischen Hautparthien. Der *Nesselausschlag*, welcher bei Hysterischen manchmal erscheint, kann besonders aus beträchtlichen psychischen Aufregungen zu Stande kommen. Das *Eczem* zeigt sich bei hysterischen Personen nach traumatischen Verletzungen oder Aufregungen entlang der Verästelung der Hautnerven. *Prurigo* entsteht aus derselben Ursache. Lebrun erwähnt 7 Fälle von Vitiligo, welche mit den hysterischen Anfällen coincidirten. Ausser papulösen und lichenoiden Eruptionen fesselte die Aufmerksamkeit der Dermatologen hauptsächlich der Herpes zoster; so erschien z. B. letzterer in einem Falle entlang jener Nerven, welche im Niveau einer hysterogenen Zone entsprangen. Kaposi sah 4 hysterische Kranke, an welchen er eine Hautkrankheit beobachtete, welche er mit dem Namen *Herpes zoster gangraenosus hystericus* bezeichnet, und als eine vasomotorische oder trophoneurotische Störung

hysterischer Natur betrachtet. Die vesiculösen Eruptionen mit dem Pemphigus stellen die bei den Hysterischen am meisten vorkommenden Affectionen dar.

II. Capitel. Das Ausfallen der Haare und Nägel kann gleichfalls als eine trophische Störung hysterischen Ursprungs erscheinen.

III. Capitel. Vasomotorische und secretorische Störungen. Hier erwähnt Verf. vor Allem die *spontanen Ecchymosen*, welche bei Hysterischen unter dem Einfluss psychischer, gewöhnlich öfters wiederholten Emotionen entstehen. Die subcutanen, eigentlich nervösen Ecchymosen sitzen zumeist am Rumpf und an den Extremitäten. Ihr Erscheinen wird durch vorangehende Schmerzen angekündigt, manchmal zeigen sich letztere erst dann, wenn die Ecchymosen bereits ausgebildet sind. Als vasomotorische Störung ist ferner das s. g. *Blutschwitzen* (l'hematichrose) zu betrachten, welches in einem bald minderen bald beträchtlicheren Erguss von Blut durch die Haut besteht, dessen Dauer zwischen einige Secunden und Tagen variirt. Nach einem historischen Excurs, in welchem zahlreiche Beispiele theils aus dem classischen theils aus dem Mittelalter sowie der neuren Zeit angeführt werden, beschäftigt sich der Verf. mit der Frage, *wo* die Hematichrose zu Stande kommt. Er gelangt zum Schluss, dass der Sitz des Blutschwitzens sicherlich die Schweissdrüsen sind, während die Möglichkeit, dass derselbe auch in den Talgdrüsen sei, nicht abzuweisen ist. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Haemorrhagie per rhexin des Capillarnetzes der Schweissdrüse zu Stande kommt. Der Blutgerguss wird zumeist von Schmerzen begleitet; gewöhnlich öffnen dieselben die Scene, während die Blutexsudation nachher erfolgt. Man ist versucht das Bluten als eine Schmerzkrise zu betrachten. Ausser dem Schmerz treten als Begleitungserscheinungen noch Ohrensausen, Obnebulation, sogar Delirien auf. Das Auftreten der Blutung erfolgt meistens plötzlich, unerwartet, während in anderen Fällen eine excessive Aufregung oder physische Abgeschlagenheit vorangeht. Das Wiedererscheinen der Hematichrose erfolgt in grösseren oder kleineren Intervallen, jedoch fast immer unregelmässig. In manchen Fällen ist eine bemerkenswerthe Periodicität auffallend. Die Dauer variirt zwischen einigen Secunden, Stunden, ja Tagen. Das Blutschwitzen hört gewöhnlich spontan auf. Man hat gesagt, dass die Folge auch der Tod sein kann. Frauen sind der Hematichrose vielmehr unterworfen als Männer; sie ist in dem Kindesalter selten, im Greisenalter gar nicht beobachtet worden. Als prædisponirende Momente sind ein lebbaftes, impressionibles, labiles Temparament, ferner Gemüthsaufregungen, anstrengende physische wie geistige Arbeit zu nennen. Betrachtet man die Natur des Blutschwitzens, so ist vor allem eine besondere und innige Analogie zwischen diesem und den nervösen Störungen zu constatiren, derart, dass dieses eine Erscheinung gleich eines Krampfanfalles sei. Es muss betont werden, dass die Haematichrose mit der Haemophilie nicht verwechselt werden darf, da sie mit letzterer nur den Sitz, den Ort der Erkrankung gemeinsam hat. — Das Auftreten des Blutes erscheint auch hie und da in der Form von *Blutthränen;* eine Kranke Parrot's, welche vorangehende schmerzliche Emotionen durchmachte, vergoss Thränen, welche blutig gefärbt erschienen. — Hysterischen Ursprungs sind ferner die sog. Brustdrüsenblutungen *„hemorrhagies mammaires“;* so erwähnt Astley Cooper eine 17 jährige Frau, deren Brust der Sitz eines grossen Blutextravasats war, welche gewöhnlich eine Woche vor jeder Menstruation

anfing, und eine Woche nachher aufhörte. Schliesslich verweist Verf. auf jenes engere Verhältniss, welches zwischen den angeführten dreierlei Arten von Blutungen und der Menstruation besteht, so dass dieselben in manchen Fällen einfach physiologische Erscheinungen darstellen. — Die Behandlung des Blutschwitzens ist zumeist erfolglos; manchmal hört es jedoch auf Anwendung von antispasmodicis, narcoticis etc. auf; dabei soll die allgemeine Behandlung der Hysterie nicht vernachlässigt werden.

Die *vasomotorischen Störungen* sind bei Hysterischen sehr häufig. Als solche sind zu betrachten die *cutis anserina*, ferner die Anämie oder *locale Syncope* der Extremitäten. — Bei hysterischer Hemianaesthesie erscheint die unempfindliche Haut etwas kühler als die entgegengesetzte gesunde. Die plötzliche Erröthung wie das jähe Erblassen kommen oft vor. Die vasomotorische Parese oder Paralyse kann bei Hysterischen mehr oder minder permanent sein; als Beispiel diene die „femme autographique" von Dujardin-Baumetz, an deren Körper die mit dem Nagel beschriebenen Stellen bald als rothe Züge erschienen.

Eine häufige Erscheinung ist die *profuse Schweissabsonderung;* bei den meisten Kranken handelt es sich um eine *locale Diaphorese* (Extremitäten).

Hysterisches Oedem. Dieses besteht in einer harten Anschwellung einzelner Körperstellen (Hand, Fuss,) d. h. drückt man die angeschwollene Partie, so bleibt keine Grube zurück, also nicht so, wie bei den s. g. organischen Oedemen. Die Haut kann dabei die normale Farbe behalten, doch meistens ist sie violett oder zeigt eine entzündliche Röthe. Die violette Verfärbung kann auch dann noch bestehen, wo das Oedem bereits verschwunden ist, sie kann aber auch dem Oedem vorangehen. Für diese Erscheinung schlug Professor Charcot die Benennung „*blaues Oedem der Hysterischen*" vor. — Im Allgemeinen ist die locale Temperatur niedriger, nur in einem einzigen wurde eine locale Temperaturerhöhung (Damaschino) beobachtet. Das Oedem erscheint gewöhnlich mit Contrakturen oder Lähmungen, und trotzdem dass es eine hartnäckige Erscheinung ist, so ist es gewissen Fluctuationen doch unterworfen, wie z. B. das Erscheinen oder Verschwinden der Menstruation eine heftige psychische Aufregung. Es kann erscheinen oder urplötzlich verschwinden auf einen Anfall. Seine Dauer kann manchmal sich auf Jahre erstrecken, ist jedoch gewöhnlich der zugleich bestehenden Lähmung untergeordnet. — Dies die Charactere der hysterischen Oedeme.

Die hysterische Brust oder das schmerzhafte Anschwellen der Brust Hysterischer. Das Erscheinen dieser Affection ist zumeist jähe, plötzlich; sie kann in einigen Stunden den Höhepunkt erreichen. Gewöhnlich fängt sie mit geringem Kriebeln an, welches bald in lancinirende Schmerzen übergeht. Manchmal erscheint die Farbe der Brüste unverändert, während in anderen Fällen dieselbe roth wird. Zugleich schwillt die Brust auf ein Drittel bis über die Hälfte an. Die geringste Berührung wird für sehr schmerzhaft empfunden. Fingereindrücke lassen sich nicht hervorrufen. Bei Palpation überzeugt man sich von geringen isolirten Höckern, welche die mehr oder weniger angeschwellten Drüsenläppchen darstellen. Zugleich kann auch ein Ovarium den Sitz für eine schmerzhafte Anschwellung abgeben. — Die Schmerzen können unerträglich werden, so dass die Kranken laut aufschreien. Die Dauer dieser Erscheinung beträgt ein, zwei, ja drei Tage, worauf dann

eine Remission erfolgt. — Die hysterische Brust erscheint manchmal im Bunde mit der Menstruation, während in anderen Fällen sie gewöhnlich mit den higienischen Anfällen coincidirt. Es müssen nicht immer beide Brüste zugleich afficirt sein. Der Verlauf ist characteristisch. Die Affection erreicht schnell ihr Maximum, verweilt daselbst einige Zeit, verschwindet hernach allmählich ohne jede Spur. Die Nicht-Kenntnisse dieser Erscheinung kann den unerfahrenen Arzt sogar zu chirurgischen Massregeln verleiten (Mastitis), welche natürlich die Schmerzen der Patientinen nur vergrössern. — Bei der Diagnose der hysterischen Brust ist vor Augen zu halten, dass eine subcutane Entzündung bald zu einem Abscess führt (Fluctuation); die tiefe Phlegmone weist nicht die glandulären Anschwellungen der hysterischen Brust auf; die parenchymatöse Phlegmone ist durch mehrere successive Phlegmasien localisirt auf einen Punkt der Brust, characterisirt; die Galaktostase verschwindet bei dem Stillen der Kinder; bei einfacher Hyperästhesie besteht keine Anschwellung.

IV. Capitel. Trophische Störungen seitens der Gelenke. Hier erwähnt der Verf. vor Allem kurz das *articuläre Krachen* (craquements articulaires), welches oft ohne Schmerz, ohne Anschwellung des Gelenks besteht; ferner das subscapuläre Reibegeräusch (frottement). Als die wichtigste Störung sind die s. g. *fibrotendinösen Retractionen* zu betrachten, welche nach lange bestandenen Contracturen sich entwickeln. Charcot publicirte einen diesbezüglichen Fall, in welchem er nachwies, dass 1) Die Deformation in der Form eines pes varo-equinus aus einer spastischen Contractur hysterischen Ursprungs entstand; 2) Nachdem die Contractur vollständig verschwand, war die einstige Deformation, welche aus musculärer Ursache sich entwickelte, fernerhin durch fibro-tendinöse Retractionen angedeutet, welche als Complicationen aufzufassen seien.

V. Capitel. Die Muskelatrophie Hysterischer. Die erste ausführliche monographische Schilderung erfuhr diese Störung durch Babinsky, welcher als charateristische Züge anführt:

1) Die Atrophie ist bald bedeutend bald gering, kann aber beträchtliche Dimensionen annehmen.

2) Die atrophische Muskulatur weist keine fibrilläre Zuckungen auf.

3) Normale idiomusculäre Irritabilität.

4) Die electrische Erregbarkeit erscheint im Verhältnisse zur Atrophie einfach gesunken; es lässt sich keine Entartungsreaction nachweisen.

5) Die Atrophie kann sich rasch ausbilden.

Zu diesen Sätzen fügt Verfasser die neueren Untersuchungsresultate der Salpêtrière berücksichtigend, hinzu, dass fibrilläre Zuckungen in den atrophischen Muskeln existiren können; ferner wurde durch Vigouroux in einem Falle hysterischer Atrophie der Hand daselbst die Entartungsreaction constatirt. (Referent vermag letzterem Satze, dass bei hysterischen Lähmungrn EaR vorkommen, aus eignen Untersuchungen nur zu bestätigen, kann jedoch die Bemerkung nicht unterdrücken, dass die Art wie die gefundene EaR deducirt wird, letzterer nicht entspricht. So äusseren sich Gilles de la Tourette und Dutil, in deren Fall Vigouroux EaR vorfand, folgend: „Pas de contraction faradique, contraction galvanique très faible. En résumé, réaction de dégénerescence très nette.“ [Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière 1889. — Décembre.

Contributions à l'ètude de troubles trophiques dans l'hysterie. Atrophie musculaire et oedème.) Dabei wird der Qualität der Zuckungen, der etwa vorhandenen Inversion des Zuckungsgesetzes keine Erwähnung gethan; erloschene Ansprachsfähigkeit gegen den faradischen Strom ist zur Feststellung der EaR, wie allgemein bekannt, nicht genügend.) —

Schaffer (Budapest).

---

306) **P. Blocq**: Ueber die Beziehungen zwischen Influenza und Geisteskrankheit. (L'union médicale 1890. Nro. 66.)

B. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Gewisse nervöse Erkrankungen sind in Wahrheit durch die Influenza verursacht in dem Sinne, dass sie als Localisation derselben im Centralnervensystem angesehen werden können.

2. Eine andere Gruppe hängt secundär von der Influenza ab, secundäre Infection führt die nervöse Erkrankung herbei.

3. Die letzte Kategorie betrifft die Erkrankungen des Nervensystems, in denen die Influenza nur die Rolle des Agent provocateur spielt, indem sie entweder die Wiedererscheinung einer früheren bis dahin gebesserten Erkrankung herbeiführt oder indem sie den Ausbruch der Erscheinungen bei Prädisponirten vermittelt. Holtermann.

---

307) **Rosenbach**: Ueber einige Formen des acuten Wahnsinnes.
(Viestnik Psychiatrij i nevropatol. B. VII. H. 2.)

Verf. bespricht eine Krankheitsform, die heutzutage allgemeine Aufmerksamkeit auf sich gezogen hat, besonders nachdem Meynert sie unter dem Namen Amentia so schön beschrieb. Verfasser schlägt es vor, der Krankheit den Namen „allgemeiner Wahnsinn" zu geben und unterscheidet sie völlig, als selbstständige Krankheit, von der partiellen primären Verrücktheit oder Paranoia. Die Krankheit sucht oft Patienten mit erblicher neuropathischer Constitution auf, dennoch zählt sie Verfasser nicht zu den Degenerationspsychosen und giebt als ihre ätiologische Momente Erschöpfung, psychische und physische Erschütterungen an. Beim allgemeinen Wahnsinn werden alle Gebieter der seelischen Thätigkeit heimgesucht, sowohl in ihren Wechselbeziehungen als jede an und für sich, selbstständig Der Ausbruch der Krankheit ist immer acut, der Verlauf ziemlich stürmisch, mit Remissionen und Intermissionen. Erinnerung an die Krankheit und den Inhalt des Wahns geht beinahe immer verloren. K. Kowalewskaja.

---

308) **Frederick W. Mann**: Alcoholic hallucination.
(American. Journal of Insanity XLVI 1890, 439 seq.)

Allgemeine Bemerkungen über die Entstehung und das Vorkommen der Sinnestäuschungen bei Geisteskranken und speciell bei Potatoren, bei denen eben noch der specifische Einfluss der Alcoholintoxication hinzu kommt. Während aber andere Gifte, wie Opium, Haschisch etc. ziemlich constante Symptome hervorrufen, entstehen unter der Einwirkung des Alkohols Hallucinationen von allen Formen und Färbungen.

Auf Einzelheiten übergehend betont Verf. zunächst, dass er im Gegensatz zu vielen anderen Forschern, — und wohl mit Recht — auch bei Alcoholikern den Akuasmen eine grössere Häufigkeit beilegen möchte, als den Visionen.

Auch die Gesichtshallucinationen können den verschiedensten Character tragen; solche unangenehmen Inhalts sind indess vorwiegend. Verf. bestätigt wiederum das häufige Vorkommen von Thiervisionen bei Alcoholikern und theilt ein sehr praegnantes Beispiel mit, wie zu anfänglich zwei spielenden weissen Mäuschen allmählig ein ganzer Schwarm bunter Mäuse, dann ein Schaar Ratten und zuletzt eine furchtbare Bulldogge hinzukam und die Katzen sowie den Patienten zu zerfleischen drohte. Für das übrigens nicht gerade häufige Auftreten von Schlangenvisionen*) giebt Verf. eine merkwürdige und wohl nicht über jeden Zweifel erhabene Erklärung, die auf Atavismus, resp. vererbten Instincten beruht und darin gipfelt, dass das im ersten Beginn der Aufklärung begriffene Bewusstsein für die während der vollen Geistesverwirrtheit unmotivirt empfundene Angst eine Ursache sucht und dabei instinktmässig zunächst auf den „Erbfeind“ der Menschen, auf die Schlangen, verfällt.

Was die Behandlung betrifft, so macht Verf. u. A. darauf aufmerksam, dass manchmal gegen die schreckhaften Gesichtserscheinungen die Isolirung im Dunkelraum erfolgreich ist, leider aber nur in wenigen Fällen. Sonst verspricht er sich besonders vom Strychnin und Hyoscin einen gewissen Erfolg. Sommer.

309) **Segal**: Ueber den Charakter der Hallucinationen in hystero-epileptischen Anfällen und ihre Abhängigkeit von Reizung der Sinnesorgane.
(Medizinskoje Obosrenie Nro. 11.)

18jähriges Mädchen leidet an hystero-epileptischen Anfällen in Folge eines Schlages auf den Kopf, während welcher sie ohne Bewusstsein ist und leicht der Hypnose unterliegt; Verf. versuchte in diesem Zustande Hallucinationen hervorzurufen. Hautreize und Riechstoffe blieben ohne Wirkung, nur erweiterten sich die Pupillen stärker bei elektrischer Hautreizung, als in normalem Zustande. Leierkastenmusik rief bei der Kranken einen fröhlichen Gesichtsausdruck (Musik auf dem Boulevard), das Schlagen einer Trommel rief in ihr die Vorstellung marschierender Soldaten hervor, der Lärm des Inductionsapparats, die eines Eisenbahnzuges. Gesichtshallucinationen werden durch Vorhalten eines farbigen Glases vor das eine der beiden geöffneten Augen hervorgerufen. Ein rothes Glas rief die Hallucination eines Brandes, ein blaues, die eines Wolfes, ein grünes, die etwas Schrecklichen, Schwarzen hervor, wobei auch das Gesicht den Ausdruck des Schreckens, der Angst zeigte. Wurde ein gelbes Glas vorgehalten, nahm das Gesicht einen frohen Ausdruck an, beim violetten Glase erschienen Gartenhallucinationen. Wurden die beiden, gelben und violetten Glasplatten zusammen vor das Auge gehalten, so traten unangenehme Eindrücke auf, die Gegenstände erschienen gelbröthlich, Verf. meint, dass ausser der Farbe selbst noch die

*) In den vereinigten Staaten scheint das „Schlangen sehen“ in seiner Bedeutung dem „kleine Mäuse sehen“ im Deutschen zu entsprechen.



Sättigung und die Stärke der Farbe einen Einfluss auf die eine oder die andere Art Hallucinationen habe. Wurden zwei, einzeln unangenehme Eindrücke hervorrufende, Glasplatten vor das Auge gehalten, so erschienen schreckhafte Hallucinationen. Durch Suggestion konnten die unangenehmen Hallucinationen in angenehme übergeführt werden, wenn auch die Gläser vor dem Auge gelassen wurden, dieser Uebergang geschah nicht plötzlich, sondern im Verlaufe einiger Minuten, wobei der Kampf der verschiedenen Empfindungen auf dem Gesichte ausgeprägt war. Die Hallucinationen standen in Verbindung mit den gewöhnlichen Vorstellungen des Angenehmen oder Unangenehmen und spricht die Thatsache, dass verschieden gefärbte Gläser verschiedenartige Hallucinationen hervorriefen, dafür, dass die Farbe der, hysterische oder psychische Kranke umgebenden Gegenstände nicht ohne Einfluss auf die Gemüthsstimmung und folglich auch auf die Genesung sein könne.

Hinze.

---

310) **G. Vassale:** Le lesioni renali in rapporto colle alienazioni mentali.
(Rivista sperim. di freniatria e di med. leg. Bd. 16. Heft 1 u. 3.)

Die Häufigkeit von Nervenkrankheiten bei Pellagrösen und Paralytikern ist bekannt. Ebenso findet man bei Geisteskranken aller Art, die an chronischer Diarrhöe leiden auf dem Sectionstische sehr häufig Schrumpfnieren. Vielfach aber sieht man auch direct Geisteskrankheit meist mit dem Charakter einer starken Erregung als Folge von akuten Nierenkrankheiten oder von einem wieder akut werden chronischer Nephritiden auftreten. Verf. berichtet über 4 derartige Fälle mit Sectionsbefund. Nicht immer vermag im Leben selbst eine genaue Untersuchung des Harns Aufschluss über eine Nephritis zu geben. Verf. sucht darzuthun, dass man in gleicher Weise wie man ein psychisches Aequivalent für den epileptischen Anfall annimmt, so auch für den uraemischen Anfall ein psychisches Aequivalent annehmen müsse.

Strauscheid.

---

311) **S. Bielaloff:** Pachycephalia et dementia paralytica praecox.
(Viestnik. i Nevropatol. Psychatrij. B. VII H. 2.)

Verf. beschreibt einen Fall von dementia paralytica bei einem 22 jährigen jungen Manne, mit erblicher Luës. Dieser Fall ist auch wegen der postmortalen Befunde interessant: ausser seiner Deformation war der Schädel auch noch mit Osteophyten bekleidet. Verfasser bespricht die Rolle der Luës in der paralysis progressiva. Die Autormeinungen sind in dieser Hinsicht recht widersprechend. In 1884 am Kopenhagener Congresse sprachen sich Rhomel, Steenberg, Möbius und A. für die Unentbehrlichkeit der *Luës* für die Entwickelung der Paralysis progressiva aus. — Magnan aber verneinte das. Verf. glaubt, dass die Wahrheit zwischen diesen beiden Meinungen liegt: Luës und Paralysis progressiva kommen oft zusammen vor, aber erstere giebt letzterer nichts specifisches bei. Erbliche Luës aber kann auch in jugendlichem sogar kindlichem Alter Dementia paralytica geben, natürlich auf Grund angeborener Dementia, was auch schon von Köhler, Claus, Turnbull und and. angezeigt wurde.

K. Kowalevskaja.



Inhalt des October-Heftes.

I. Original-Mittheilungen.

II. Original-Vereinsberichte.

III. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

1. Physiologie.

2. Allgemeine Pathologie.

3. Specielle Pathologie.

a) Periphere Nerven und Rückenmark.

Nro. 300) **Ottokar Brunzlow**, Ueber einige seltene, wahrscheinlich in die Kategorie der Gliosis gehörende Krankheitsfälle.

b) Gehirn.

Nro. 301) **Eduard Helbing**, Zur Lehre von der echten cerebralen Pseudobulbärparalyse.
Nro. 302) **Awtokratow**, Zur Frage von den Kleinhirntumoren.
Nro. 303) **A. Hill Griffith** and **F. Steele Sheldon**, Cerebral tumor involving the frontal lobes.

4. Bibliographie.

Nro. 304) **Gilbert Ballet**, Die innerliche Sprache und die verschiedenen Formen

Nro. 305) **Alex. Athanassio**, Des troubles trophiques dans l'hystérie.

B. Psychiatrie.

1. Pathologie.

Nro. 306) **P. Blocq**, Ueber die Beziehungen zwischen Influenza und Geisteskrankheit.
Nro. 307) **Rosenbach**, Ueber einige Formen des acuten Wahnsinns.
Nro. 308) **Frederick W. Mann**, Alcoholic hallucination.
Nro. 309) **Segal**, Ueber den Character der Hallucinationen in hystero-epileptischen Anfällen und ihre Abhängigkeit von Reizung der Sinnesorgane.
Nro. 310) **G. Vassale**, Le lesioni renali in rapporto colle alienazioni mentali.
Nro. 311) **Bielakow**, Pachycephalia et dementia paralytica praecox.

Die Redaction bittet die Mitarbeiter um regelmässige Zusendung tagesgeschichtlicher Neuigkeiten. Ferner wird um Uebersendung von Dissertationen und von Separatabdrücken aller neurologischen Journalartikel an die Redaction gebeten.

Coblenz, Druck von Philipp Werle (Löhrstrasse 28).

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dem Begründer des Blattes,

Prof. Charcot in Paris, **van Deventer** in Amsterdam, **Dr. Ireland** in Preston-Pans, **Prof. Kowalewskij** in Charkow,

Prof. Lange in Kopenhagen, **Prof. Lombroso** in Turin, **Prof. Obersteiner** in Wien, **Prof. Seguin** in New-York.

Redigirt von

Dr. Hans Kurella in Kreuzburg.

Verlag von W. GROOS, Königl. Hofbuchhandlung (Kindt & Meinardus).

Coblenz u. Leipzig.

XIII. Jahrgang. **1890 November.** Neue Folge I. Band.

I. Originalien.

I.

Ueber gewisse prodromale Lähmungsanfälle bei nicht luetischer Hirnerweichung.

Von Dr. L. LÖWENFELD in München.

In einzelnen Fällen von nicht luetischer Hirnerweichung wird der Eintritt der Hemiplegie durch eine Reihe rasch aufeinander folgender Lähmungsanfälle von kurzer Dauer angekündigt. Diese Art der Einleitung des Erweichungsprocesses ist in keinem der neueren Lehr- und Handbücher erwähnt und in der That bisher nur in zwei Fällen constatirt worden, von welchen der eine von Pitres[1]) (Bordeaux), der andere von mir[2]) mitgetheilt wurde.

[1]) Pitres, Études sur quelques équivalents cliniques de l'épilepsie partielle ou Jacksonienne, Revue de Médicine, 10 Aout 1888, S. 630.

[2]) Löwenfeld, Beiträge zur Lehre von der Jackson'schen Epilepsie und den klinischen Aequivalenten derselben. Archiv für Psychiatrie, 21. Band, Heft 1 und 2, Seite 71 des Separatabdr.

Der von Pitres beobachtete Fall betraf einen 53 jährigen Ingenieur, der nie luetisch war, aber öfters an subacutem Rheumatismus litt. Bei dem Patienten traten als Vorläufer einer permanenten rechtseitigen Hemiplegie innerhalb eines Zeitraumes von 14 Stunden eine grössere Anzahl von Anfällen transitorischer Hemiplegie und Aphonie (Dysarthrie) ohne Convulsionen oder Bewusstseinspause auf. Diese Anfälle währten 5—15 Minuten und waren von einander durch Intervalle von 30—45 Minuten getrennt. „Les accès s'annonçaient par une sensation d'engourdissement qui envahissait rapidement les membres du côté droit. Ces membres devenaient inertes, flasques, incapables d'aucun mouvement volontaire. En même temps la parole s'embarrassait et devenait absolument inintelligible, bien que la conscience fût intégralement conservée. Après avoir duré une dizaine de minutes, la motilité reparaissait dans les membres paralysés, la parole redevenait claire, distincte, facile et le malade semblait guéri jusqu'à ce qu'un nouvel accès vienne renouveler ses inquiétudes.“ Pitres deutet diese transitorischen Hemiplegieanfälle als paralytische Aequivalente der Jackson'schen Epilepsie. „Il est probable“ bemerkte er, „q'uil s'est produit, dans ce cas, une lésion superficielle de la zone motrice corticale gauche, lésion dont le développement a été marqué par des phénomènes épileptoides à forme paralytique ayant au fond la même signification clinique que les accès convulsifs à type jacksonein, qui accompagnent si fréquemment l'évolution des lésions irritatives de l'écorce des hémisphères cérébraux.

In dem von mir mitgetheilten Falle handelte es sich um einen 46 jährigen mit Stenose und Insufficienz der Aortenklappen und consecutiver Herzhypertrophie behafteten Kaufmann, der nie luetisch inficirt war, aber seit einer Reihe von Jahren bereits an Kopfschmerz litt. Bei diesem Herrn stellten sich als Prodromi einer andauernden Hemiplegie in einem Zeitraume von 6 Stunden eine Anzahl von Hemiplegieanfällen (mindestens 6—7), ohne Beeinträchtigung des Bewusstseins, z. Th. aber jedenfalls mit Sprachstörung verknüpft, ein. Die einzelnen Attaquen währten nur eine Mehrzahl von Minuten, und in den Intervallen zwischen denselben verblieb keinerlei Bewegungsstörung. Nach dem letzten Hemiplegieanfalle trat eine Pause von 3 Stunden ein, während welcher der Patient sich in sein Geschäft zu begeben und dort eine Reihe von Angelegenheiten zu erledigen vermochte. In Bezug auf die Deutung der fraglichen Anfälle schloss ich mich der Pitres'schen Auffassung an.

Einen dem eben angeführten ähnlichen Fall hatte ich im verflossenen Jahre Gelegenheit zu beobachten; hierbei war es mir möglich, die Gestaltung der Lähmungsanfälle und deren Beziehung zu der verbleibenden Hemiplegie genauer festzustellen. Bei der Seltenheit derartiger Vorkommnisse scheint mir eine kurze Mittheilung der betreffenden Beobachtung angezeigt.

Herr S., Justizbeamter, 62 Jahre alt, ohne hereditäre Belastung, seit 9 Jahren verheirathet, war in der ersten Zeit seiner Beamtencarriere genöthigt, wegen eines Kopfleidens (cerebraler Neurasthenie?) sich für 2 Jahre pensioniren zu lassen. Nach Angabe der Gattin, die den Patienten seit seiner Jugend kennt und mit demselben in zweiter Ehe verheirathet ist, soll Patient seit seiner Jugend von Wuthanfällen heimgesucht werden. Diese traten in den letzten 6 Jahren ohne jede ernstere Veranlassung häufiger auf, waren in

der Regel gegen die Ehefrau gerichtet und schlugen gewöhnlich ohne jeden Uebergang in Zärtlichkeitsanwandlungen um. Pat. will bei ruhigem Zustande von dem während der Wuthanfälle Verübten keine Erinnerung haben. Zeitweilig machen sich bei demselben auch Verfolgungs- (speciell Vergiftungs-) ideen bemerklich. Seinen Bureaudienst versah Herr S. trotz alledem bis heute in offen bargenügender Weise; er wurde hierbei nur zeitweilig durch Schwindel und etwas Wirrheit im Kopfe behindert. Pat. ist kein Potator; sein durchschnittlicher täglicher Bierconsum übersteigt nicht 1½ Liter; er litt nie an Gelenkrheumatismus, nie an einer Herzaffection irgend welcher Art, war auch nie luetisch inficirt.

Am 2. Oktober v. Js. begab sich Herr S. nach Bureauschluss um 7¼ Uhr Abends auf den Weg nach seiner Behausung, wobei er, einer Gewohnheit entsprechend, in einer Wirthschaft, die er passirte, ½ Liter Bier zu sich nahm. Als er in die M.... strasse gelangt war, machten sich bei ihm Gefühle von Pelzigsein und Schwere im rechten Beine und alsbald auch im rechten Arme bemerklich, welche rasch zunahmen, so dass er genöthigt war, sich gegen ein Haus zu lehnen. Da die rechte Seite jedoch völlig erlahmte, konnte sich Pat. nur sehr kurze Zeit auf die angegebene Weise aufrecht erhalten. Er glitt zu Boden, ohne übrigens hierbei das Bewusstsein zu verlieren, und wurde in dieser Situation von Vorübergehenden aufgegriffen und in einem nahen Barbierladen verbracht. Hier verlor sich die Lähmung alsbald wieder, so dass Pat. in eine herbeigeholte Droschke steigen und in seinem Hause die zwei Treppen zu seiner Wohnung ohne jede Unterstützung bewältigen konnte. Kaum hatte er sich jedoch in seiner Wohnung niedergesetzt, als sich neuerdings rechterseits pelziges Gefühl an Arm und Bein, Lähmung und Sprachstörung (lallende, undeutliche Sprache) für kurze Zeit einstellten. Als ich den Pat. um 8½ Uhr Abends sah, waren Lähmung und Sprachstörung wieder völlig geschwunden. Die Untersuchung ergab:

Mittelgrosse Persönlichkeit von etwas mehr als dem Alter entsprechender Decrepidität und mässiger Allgemeinernährung. Schädel von normaler Configuration und nicht percussionsempfindlich. Hochgradige Calvities; Haupthaar, soweit erhalten, und Barthaar schneeweiss. Die Temporalarterien sehr geschlängelt und härtlich. Im Bereiche der Kopfnerven nichts Abnormes. Sprache und Intelligenz völlig normal. Keine Lähmungserscheinungen an den Extremitäten, keine Störung der Sensibilität.

Herzdämpfung nicht verbreitert, Herztöne rein, Puls 56, von mittlerer Spannung. Die Arteriae radiales ziemlich rigid. Der am folgenden Tage untersuchte Urin erwies sich frei von Eiweiss und Zucker.

3. Oktober Vormittags. Gestern stellten sich bis um Mitternacht noch 3 weitere Lähmungsanfälle mit Sprachstörung in der Dauer von 2—5 Minuten ein. Heute Vormittags, wenige Augenblicke vor meiner Ankunft, abermals ein Anfall. Die Untersuchung ergibt, dass Pat. mit Arm und Bein rechterseits keinerlei Bewegung auszuführen vermag. Im Bereiche des Facialis jedoch keine Lähmungserscheinung, Pupillenverhalten und Augenbewegungen normal, die Zunge gerade herausgestreckt und frei beweglich. Sprache und Intelligenz ungestört. An der rechten Hand ist die objective Sensibilität im Wesentlichen unverändert, am Arme etwas herabgesetzt, am Beine ebenfalls keine auffällige

objective Sensibilitätsstörung;[1]) subjectiv besteht pelziges Gefühl an Arm und Bein. Kein Kopfschmerz, kein Schwindel.

Nach einer Beobachtungsfrist von 5 Minuten kehrt plötzlich die Beweglichkeit der Finger und fast zugleich die des ganzen Armes und des Beines zurück. Die Bewegung der Finger, speciell die Streckung derselben erfolgt jedoch etwas verlangsamt, der Händedruck ist von geringer Kraft; auch am Beine zeigt sich keine vollständige Restitution der Motilität. Bei diesem Status verbleibt es circa $1^1/_2$ Minuten. Dann stellt sich neuerdings binnen wenigen Augenblicken die Lähmung im früheren Umfange ein, so dass Arm und Bein wieder gänzlich unbeweglich werden. Nach circa 5 Minuten ist auch dieser Anfall beendet; in wenigen Secunden kehrt die Beweglichkeit und Kraft des Armes vollständig zurück, der Händedruck erweist sich jetzt kräftig, das Bein völlig normal beweglich. Auch das pelzige Gefühl, das an Arm und Bein bestanden hatte, verliert sich rasch.

3. Oktober Abends. Seit heute Vormittag zwei weitere Lähmungsanfälle, die ähnlich den vorhergehenden nach wenigen Minuten vollständig schwanden. Ausserdem stellte sich jedoch vor etwa 2 Stunden ein Schwächezustand im rechten Arm und Bein ein, der sich seitdem nicht mehr verlor, sondern zunahm. Bei der Untersuchung zeigt sich, dass Arm und Bein nicht wie in den beobachteten Anfällen vollständig gelähmt, sondern lediglich paretisch sind; Facialis, Zunge, Sprache erweisen sich ganz unbetheiligt.

4. Oktober. Die Lähmungserscheinungen haben sich seit gestern Abend nicht mehr zurückgebildet, sondern erheblich weiter entwickelt. Der Arm ist derzeit vollkommen unbeweglich, das Bein nur in geringem Masse beweglich. Die Sensibilität zeigt an beiden Extremitäten nur geringe Einbusse. Kein Kopfschmerz, keine Störung der Sprache und der Intelligenz; Kopfnerven völlig frei.

Die Hemiplegie begann in der Folge alsbald sich zu bessern, speciell, wie gewöhnlich, die Lähmung des Beines; dabei machten sich schon sehr frühe Erscheinungen secundärer Contractur bemerklich (schon am 8. Oktober beginnende Contractur des M. biseps). Am 17. Oktober konnte Pat. bereits unterstützt einige Schritte gehen.

Der weitere Verlauf des Falles bietet nichts Bemerkenswerthes. Pat. ist seit März l. Js. wieder im Stande, grössere Strecken allein zurückzulegen; mit der Gebrauchsfähigkeit des Armes ist es dagegen noch ziemlich übel bestellt; psychisch keine auffällige Veränderung.

Wir haben es in vorstehendem Falle jedenfalls mit einem Erweichungsherde zu thun, der wohl durch Thrombose in Folge von Arteriosklerose bedingt war und dessen, wenn auch nicht ausschliesslichen, so doch hauptsächlichen Sitz wir bei dem gänzlichen Freibleiben des Facialis und Auftreten secundärer Contractur in der motorischen Rindenregion annehmen dürfen. Wie aus der von mir früher mitgetheilten ergiebt sich auch aus der vorliegenden Beobachtung, *dass die andauernde Hemiplegie nicht aus einem Lähmungsanfalle ähnlich denjenigen, die in grösserer Anzahl als Prodromi auftraten, hervorging.* Während in diesen Anfällen in der Regel in

[1]) Die Sensibilitätsprüfung konnte mit Rücksicht auf die kurze Dauer der Anfälle natürlich nur sehr cursorisch vorgenommen werden.

wenigen Augenblicken sich vollständige Lähmung etablirte und ebenso rasch die Beweglichkeit wieder herstellte, entwickelte sich die permanente Hemiplegie nur langsam In dem ersten von mir berichteten Falle währte es 3 Tage, bis die Lähmung des Armes zur vollen Unbeweglichkeit fortgeschritten war. Die Lähmung des Beines erreichte nicht jenen hohen Grad und besserte sich rascher. Im vorliegenden Falle begann die andauernde Lähmung mit Hemiparese, die sich erst im Verlaufe einer Anzahl von Stunden zur schweren Hemiplegie entwickelte. Wenn daher auch die transitorischen Anfälle und die permanente Hemiplegie in letzter Instanz auf die gleiche Ursache zurückzuführen sind, der Modus ihres Zustandekommens ist jedenfalls verschieden. „Man kann sich“, bemerkte ich in dem citirten Aufsatze,[1] „den Hergang in der Weise vorstellen, dass die beeinträchtigte Ernährung zunächst eine Reizung gewisser Rindengebiete involvirt, welche in Folge besonderer Umstände nicht zur Erregung tiefer liegender Centren (Convulsionen), sondern zur Hemmung der Function dieser führt. Mit der Zunahme der Ernährungsstörung in dem betreffenden Gehirngebiete oder deren weiterer Ausbreitung kommt es zur permanenten Hemiplegie durch Unterbrechung der corticomuskulären Bahnen.“ Ich habe diese Erklärungsweise mit Rücksicht auf vorstehende Beobachtung und die Einwände, welche von geschätzter Seite in diesem Centralblatte[2]) gegen meine Auffassung der fraglichen Lähmungsanfälle wie überhaupt gegen die Annahme paralytischer Aequivalente der Jackson'schen Epilepsie geltend gemacht wurden, neuerdings in Erwägung gezogen, muss jedoch an derselben auch jetzt noch im Wesentlichen festhalten. Nur dahin möchte ich den betreffenden Satz modificiren, dass der Sitz des Hemmungsvorganges möglicherweise auch in der Rinde selbst (und nicht in den subcorticalen Centren) ist. College Goldstein glaubt allerdings in Anbetracht des Mangels eines Sectionsbefundes in den von mir mitgetheilten Beobachtungen (X, XI, XII des citirten Aufsatzes), es bleibe im Wesentlichen Geschmackssache, ob man mit mir annehmen will, dass auch bei Nichtsyphilitischen paralytische Aequivalente der Jackson'schen Epilepsie vorkommen, ohne dass diesen typische Krampfanfälle vorhergehen oder folgen, oder ob man diesen transitorischen Paralysen eine andere Bedeutung zumisst“. Allein welche andere Bedeutung könnte man denselben zumessen? College Goldstein gibt uns in dieser Beziehung keinen Fingerzeig. Auch durch die Annahme eines Gefässkrampfes würde die Deutung der fraglichen Lähmungsanfälle als paralytischer Aequivalente der J. E. nicht hinfällig gemacht. Ein Gefässkrampf im Bereiche der Rinde kann Reizwirkungen hervorrufen, die Hemmungsvorgänge in anderen Nervenapparaten (der Rinde oder der subcorticalen Centren) nach sich ziehen. Es ist auch sehr wahrscheinlich, dass bei Auslösung Jackson'scher Krämpfe Gefässspasmen oft im Spiele sind. Ich halte die Annahme einer spastischen Gefässsperre für den vorliegenden Fall für sehr unwahrscheinlich und entbehrlich, bin jedoch gerne bereit, sofern von anderer Seite eine stichhaltigere Erklärung der in Rede stehenden transitorischen Lähmungen beigebracht wird, meine oben dargelegte Anschauung zu opfern. Vorerst scheint mir dieselbe mit den uns bekannten Thatsachen am meisten in Einklang zu stehen.

[1]) Separatabdr. S. 73.

[2]) Jahrgang 1889, S. 752.

Auffällig und für mich schwer erklärlich ist der Umstand, dass ein so literaturbewanderter Autor wie Goldstein der Annahme paralytischer Aequivalente der Jackson'schen Epilepsie i. e. der klinischen Gleichwerthigkeit gewisser transitorischer Lähmungen mit Jackson'schen Krämpfen überhaupt widerstrebt. Wenn wir es mit cerebralen Veränderungen zu thun haben, die neben Jackson'schen Krämpfen anfallsweise auftretende Lähmungen verursachen, so können, ja müssen wir die fraglichen Paralysen als klinisch den Jackson'schen Krämpfen gleichwerthig ansehen, soferne beide Aeusserungen eines und desselben Krankheitszustandes sind. Ich habe aber auch gezeigt, soweit dies von klinischer Seite möglich ist, *dass gleichartige corticale Vorgänge Krampf sowohl als Lähmung verursachen können*, und dass der Eintritt des einen oder anderen Effectes nur von secundären Umständen, dem momentanen Zustande der betheiligten motorischen Apparate etc. abhängt.[1]) Die Berechtigung einer Annahme paralytischer Aequivalente der J. E. ist jedoch keineswegs davon abhängig, ob die feineren Vorgänge bei Auslösung der Krämpfe und der Lähmungsanfälle sich mehr oder minder ähneln. Wir unterscheiden auch psychische Anfälle der Epilepsie — ein psychisch-epileptisches Aequivalent, — obwohl die cerebralen Vorgänge bei den fraglichen transitorischen psychischen Störungen jedenfalls sehr wesentlich von denen bei dem gewöhnlichen epileptischen Krampfanfalle abweichen. Allein beide Anfallsformen sind Aeusserungen desselben Krankheitszustandes; hierin findet die Annahme einer klinischen Gleichwerthigkeit der beiden nach aussen so verschiedenartig sich präsentirenden Paroxysmen ausreichende Begründung.

Ich muss in der Erkenntniss der Thatsache, dass paralytische Aequivalente des J. E. überhaupt vorkommen, einen wesentlichen Fortschritt in der Lehre der Jackson'schen Epilepsie erblicken. Die Bedeutung dieses Fortschrittes in diagnostischer und prognostischer Hinsicht tritt, wie ich mich bei mehreren in letzterer Zeit beobachteten Kranken zu überzeugen vermochte, namentlich in den Fällen zu Tage, in welchen Krämpfe fehlen. Theoretische Erwägungen über die vermeintliche Verschiedenheit von Reizung und Hemmung scheinen mir nicht genügend, uns zur Aufgabe dieses Fortschrittes in unserer Erkenntnis zu bestimmen; ich hoffe zuversichtlich, dass auch College Goldstein sich dieser Ansicht auf die Dauer nicht verschliessen wird.

II.

The application of freezing Methods to the examination of the Brain.

By W. BEVAN LEWIS, West Riding Asylum, Wakefield.

The following is a brief account of a method of preparing fresh sections of the Brain, in submitting which there is no intention of adding to the description given by the present writer several years ago: it is rather furnished in the hope that its perusal may lead to a fair trial of the freezing methods, which have scarcely received due attention from those histologists who make the brain their study.

In the method about to be described ether is employed as the freezing

[1]) l. c. S. 67.

agent, and it may be stated at the outset that the expenditure thereof is small, about three-fourths of the amount used being condensed by means of a suitable contrivance in the freezing-chamber of the microtome. For the description of a serviceable microtome the reader is referred to an article by the writer in *Brain*, Vol. I. p. 349, accompanying which is a sketch of an efficient kind of section-knife. Much importance is attached to the quality of this latter instrument; in the particular one advocated the blade measures 5 in. by $1^1/_4$ in.; both surfaces are concave — that uppermost in section-cutting the more so, in order that a sufficient quantity of water may be retained upon the blade.

Jo prepare this upper surface for use, ether in sufficient amount to cover it, is employed: the blade is then immediately dipped into water. By repeating this procedure three or four times the uniform covering of the surface by a thin layer of water is ensured. If there be too much water on the blade (or if the under surface be wet) the fluid runs on to the section, where it sets into an icy mass, which injures the knife-edge. If, on the other hand, the upper surface is insufficiently moistened, the sections cling to the blade and are torn.

Having prepared the knife the cutting is commenced. The freezing-chamber of the microtome is lowered until the cap is level with the under surface of the section-plate, and a piece of brain-substance, somewhat thicker than the plate, is laid upon the centre of the metal cap of the freezing-chamber. A couple of drops of water placed at the edge of the tissue suffice, when frozen, to hold the latter firmly to its support. The ether spray is now caused to play upon the lower surface of the cap, beneath the tissue; and freezing will be facilitated by a current of cold air. Freeze the substance to be cut up to the level of the section-plate, and ther, with a sweep of the knife, remove the unfrozen tissue above. From the surface thus obtained sections are taken, the knife being dipped, prior to the cutting of each section, into a vessel of water, and its under surface then dried by passing it rapidly across a towel placed over the knee. Float off the sections into another vessel.

Subsequent treatment of sections. — Each film is taken up on a slide, and superfluous water allowed to drain off. The section is now floated up by a few drops of a solution of osmic acid (0.25 p. c.), a pipette being convenient for this purpose; the fluid is also carefully drawn over the section, by penknife or brush. The osmic acid is permitted to act for a few seconds only; the tissue is then placed in pure water for over five or ten minutes, and gently washed.

Staining may now be proceeded with. Aniline blue-black is the agent employed, in the strength of 0.25 grm. (of the granular powder) to 100 c. c. distilled water. Each film, as it lies upon the slide, is covered with the staining fluid, which is allowed to act for about one hour. The excess is then poured off, and the film plunged into water and gently washed. It is once more received upon a slide, the fluid drained off, and the slide placed under cover on a slanting shelf where the film dries spontaneously when absolutely dry, it is mounted directly in benzole solution of balsam.

In conclusion, a few hints and remarks may not be amiss. In cutting the tissue, if the grey matter be placed nearest the operator — and so cut first — there is greater likelihood that a portion of pia mater will be obtained with the section; and this is of course desirable.

Osmic acid is used in order to fix the myeline of the nerve-fibres, which exudes in contact with water: when the acid is employed the film does not deteriorate in water, and can be manipulated without danger. (When, howerer, we wish to stain the axis-cylinders in the white matter of the convolution, the medullary sheath of Schwann — which opposes the admission of the aniline-dye — can be removed by prolonged immersion of the section in water.)

The best sections are obtained from the slowly-thawing tissue; hence it is inadvisable to freeze above the level of the section-plate.

The temperature of the room should be below 60 F.

The fresh, in comparison with the chrome method, has this great advantage — no shrinkage of the brain-substance is produced. Hence, in sections prepared after the manner above-described, we find the nerve-cells more crowded, with processes more numerous and distinct, than in corresponding sections from hardened brain. In the former, also, the cells are not stunted, and are far less angular than in the latter.

*Average depth of cortex.**)	Man.	Cat.	Calf.	Sheep.
In hardened brain (Meynert):	2—2.5 mm.	1.5 mm.	1.2 mm.	1.55 mm.
In frozen brain:	4.836—5.7 mm.	2.6 mm.	2.04 mm.	2.6 mm.

II.

10. Internationaler medic. Congress. Berlin 1890.

Section für Neurologie und Psychiatrie.

Originalbericht von Dr. Koenig (Dalldorf).

(Schluss.)

12) **Kräpelin** (Dorpat): *Ueber Alcohol und Thee.* (312)

K. hat sich mit den psychischen Veränderungen beschäftigt, welche durch den Alcohol und Thee hervorgerufen werden.

Die Methode deren er sich bediente, war die der psychischen Zeitmessung, indem er voraussetzte, dass eine Beschleunigung der psychischen Acte auf eine Erleichterung derselben hindeute, und umgekehrt. Frühere Versuche von Exner und andern hatten zu dem Resultate geführt, dass beide eine Beschleunigung der psychischen Funktionen hervorbringen.

K. fand, dass bei dem Act der Wahl durch Alcohol in kleinen Dosen eine sehr grosse Beschleunigung hervorgerufen wird, während der Act der Unterscheidung und der Association nicht in erheblichem Masse beschleunigt wird.

*) Reckoned from periphery of convolution to lowest limit of spindle-cell formation, that is, deepest layer of nerve-cells. In sections from hardened brain in which the writer measured the cortex the figures corresponded closely with those given by Meynert.

Die verschiedenen associativen Vorgänge werden recht verschieden beeinflusst. Die psychischen Acte, die einen höheren intellectuellen Werth haben, zeigten sich wenig zugänglich; umgekehrt bei der Association von Gleichklängen; die rein äusserlichen Associationen nehmen enorm an Häufigkeit zu, namentlich die Klangassociationen.

Debio, Kräpelin's Assistent stellte fest, dass der Thee genau das Entgegengesetzte hervorbringt. Das entspricht unserer täglichen Erfahrung.

In neuerer Zeit hat K. diese Untersuchungen nach einer anderen Methode aufgenommen. Er liess die Versuchspersonen continuirlich rechnen und constatirte die Arbeitsleistung einiger Stunden. Auch hier liess sich derselbe Gegensatz zwischen Alcohol und Thee constatiren. Der Alcohol beschleunigt das Auswendiglernen, und verlangsamt das Rechnen; umgekehrt der Thee. Es ergibt sich also, dass der Alcohol vorzugsweise die Auslösung motorischer Impulse erleichtert, während der Thee die Auffassung und Verarbeitung äusserer Eindrücke günstig beeinflusst.

Der Dynamometer-Druck nimmt schon bei kleinen Dosen ab.

14) **Ladame** (Genf): *La folie du doute et le délire du toucher.* (313)

Verf. bringt typische Fälle der congenitalen Form der Folie du doute und des Délire du toucher. Die Krankheit besteht mit Exacerbationen und Remissionen das ganze Leben hindurch. Therapeutisch ist zu empfehlen die statische Electricität und die Hypnose, besonders bei Combinationen mit Neurasthenie in Folge acuter Krankheiten.

In der Discussion bemerkte Vortragender auf einen Einwand Magnan's er halte die folie du doute etc. nicht für eine specielle Krankheit, sondern für eine klinische Variante der folie héréditaire.

14) **Sérieux** (Vaucluse): *Du délire chronique à évolution systématique.* (314)

Die genannte Form hat 4 Stadien der Entwickelung: Incubation, Verfolgungswahn, Grössenwahn, Demenz. Diese progressive, hallucinatorische Psychose erscheint bei erwachsenen, nicht degenerirten Individuen, häufiger beim weiblichen Geschlecht. Die Dauer ist lang, die Prognose ungünstig. Von Hypochondrie, Melancholie etc. ist sie leicht zu unterscheiden, von Degenerationspsychosen ist sie zu trennen.

16) **Kahlbaum** (Görlitz): *Ein internationaler Vorschlag zur rationellen Behandlung der Dipsomanie.* (315)

Vortragender weist auf den Zwang hin, welchem die Gewohnheitstrinker unterliegen. Es käme darauf an, die Alcoholisten, nachdem die schweren Symptome während des Anstaltsaufenthaltes geschwunden wären, zu hindern, dass sie dem Abusus nicht wieder verfallen. Man kann als erwiesen ansehen, dass bei einer mehr oder weniger grossen Anzahl von Potatoren die völlige Enthaltsamkeit die Gesundheit kräftigt und erhält. K. hat noch keine dauernde Heilung eines Potator strenuus erlebt. In der Anstalt könne man die Alcoholisten aber nicht zeitlebens halten. Man müsste eine Welt schaffen können ohne Alcohol, um sie zu heilen. Sein Vorschlag geht dahin: Es soll sich eine Gesellschaft von reichen Leuten und Aerzten bilden, welche eine Insel im Ocean ankauft. (Helgoland eignet sich nicht dazu.) Auf diese Insel bringt man die Alcoholisten, damit sie hier ihrem

Berufe nachgehen können. Es könnten sich natürlich auch andere Temperenzler daselbst niederlassen.

Potatoren, deren Erkrankung nicht zu weit vorgeschritten ist, können nach längerer Inselbehandlung auf das Festland zurückkehren; manche auch dem mässigen Alcoholgenuss huldigen, ohne dass man Besorgniss wegen eines Recidives zu haben brauchte.

Discussion. Schmitz (Bonn) äussert sein Bedenken gegen diese Pläne. Nach deutschen Gesetzen könnten die Alcoholisten nicht in die öffentlichen Irrenanstalten gebracht werden; demnach auch nicht auf eine solche Insel. Es würde auch kaum jedem möglich sein, seinem Berufe wie vordem nachzugehen. Der Alcoholismus sei eine Erkrankung des Nervensystems, welche nicht allein durch eine Entwöhnung behandelt werden könne, es seien weitere therapeutische Massnahmen nothwendig. Seine eigenen Resultate in der Behandlung des Alcoholismus stellt V. als nicht allzu ungünstig hin, abgesehen von denjenigen, welche auf Veranlassung ihrer Familie aus der Anstalt genommen worden seien, habe er keinen einzigen als geheilt entlassen, welche rückfällig geworden wäre.

17) **Bérillon** (Paris): *Die Indicationen für die Anwendung der hypnotischen Suggestion in der Psychiatrie und Neuropathologie.* (316)

B. hat im Verlaufe von 18 Monaten (Januar 1889 bis Juli 1890) 360 Kranke, 265 Frauen, 50 Männer, 45 Kinder nur mit der Suggestion in Hypnose behandelt. Was die Erkrankungen anbetrifft, so handelt es sich um 1) *Neurosen.*

a) Hysterie, 155 Fälle. Ein Erfolg war die Regel.

b) Chorea, 15 Fälle (alle Formen der Chorea waren vertreten). Die Erfolge sind nicht so rasch zu erzielen, wie bei der Hysterie.

c) Paralysis agitans, 5 Fälle, das Zittern liess nur während der Hypnose nach.

d) Epilepsie, 20 Fälle, 4 sehr günstige Resultate; diese 4 hatten seit 1 Jahr keine Krämpfe mehr. Bei 6 andern erzielte B. eine vorübergehende Besserung. Er glaubt, dass eine längere Behandlung stets den allgemeinen Zustand des Kranken bessern wird.

e) Asphyxie locale, es lässt sich durch die Suggestion eine erhebliche Steigerung der localen Temperatur erzielen.

2) *Organische Erkrankungen des Nervensystems.*

Hemiplegien, alte Paraplegien, chronische Myelitiden wurden nach kurzer Zeit gebessert. Bei einem Mädchen von 25 Jahren verschwand nach 4 Sitzungen eine Aphasie von 3jähr. Bestand. Bei 3 Tabikern verschwanden Schlaflosigkeit und lancinirende Schmerzen; bei einem besserte sich die Sehschärfe. Die Behandlung durch Suspension wirkt hauptsächlich suggestiv.

3) Neurasthenie, 10 Fälle geheilt.

4) Neuralgien, zahlreiche Heilungen.

5) Geistesstörungen, 4 Kranke mit Lypémanie anxieuse wurden geheilt. Ebenso ein Kranker, der seit 23 Tagen die Nahrung verweigerte, und ein 45 jähr. Mann, der seit 10 Jahren an Melancholia anxiosa litt, wurde in 2 Sitzungen curirt. 3 Fälle von Manie blieben unverändert.

Ferner wurden geheilt: 3 Fälle von Dipsomanie, 5 Fälle von Mor-

phiumsucht, 5 Fälle von Verfolgungswahn, Agoraphobie, folie du doute etc. 1 Fall von perversem Geschlechtstriebe.

6) *Nervenerkrankungen der Kinder.*

Geheilt wurden: 22 Fälle von Enuresis nocturna, 2 Fälle von Incontinentia faec., 2 Fälle von Blepharospasmus, 12 Fälle von Chorea, 4 Fälle von „onanisme irrésistible“, 3 Fälle von Stottern.

Ausserdem noch viele Fälle von pavor nocturnus, Characterschwäche, schlechten Angewohnheiten.

Abgesehen von wenigen Fällen war die Heilung von Dauer.

Die Hypnose ist in der Hand des erfahrenen Arztes vollständig unschädlich.

Discussion. Moll (Berlin): Nach seiner Erfahrung sind bei Geisteskrankheiten gar keine günstigen Erfolge erzielt worden. Beim Hypnotismus kommen oft hysterische Anfälle vor; das sei aber eine Folge der Aufregung, dasselbe passirt beim Electrisiren.

Im übrigen ist er der Ansicht, dass wir in der Hypnose und Suggestion ein werthvolles therapeutisches Mittel haben.

Ladame (Genf) sah bei Dipsomanie keine so guten Erfolge.

Mierzejewski (Petersburg) hat ungünstige Erfahrungen gemacht, namentlich das Auftreten von Anfällen beobachtet.

Löwenfeld (München): Der hysterische Schlaf ist eine Form des hystero-epileptisehen Anfalls. Ihm ist es in einer Anzahl derartiger Fälle gelungen, den hyster. Schlaf in den Zustand der Hypnose überzuführen, der im Vergleich zu dem Krankheitszustand ein günstiger war.

Stembo (Wilna) sah bei Kindern wenig Eerfolge.

Ausserdem sprechen in der Discussion noch Deffemez (Jumet) und Bérillon.

Sonnabend den 9. August.

18) **Minor** (Moskau) demonstrirte *Präparate von einem Rückenmark, welches vermittelst des electrischen Stromes in 5 Tagen gehärtet worden war.* (317)

19) **Magalhaes Lemos** (Porto): *Die sensitive Epilepsie und die Dementia paralytica.* (318)

Sensitive Epilepsie kann ebenso wie die migraine ophthalmique ein Vorbote der Dementia paralytica sein. Mittheilung von 2 einschlägigen Fällen.

20) **Homen** (Helsingfors): *Eine eigenthümliche Familienkrankheit unter der Form einer progressiven Dementia mit besonderem patholog. Befunde.* (319)

Es erkrankten drei Kinder, 2 Mädchen und 1 Knabe; Eltern beide am Leben; Mutter etwas beschränkt; Lues in Abrede gestellt. Die Kinder erkrankten im 20. 21. und 12. Jahre ohne nachweisbare Ursache, (bis dahin gesund) und in derselben Weise.

Zuerst ein öfter wiederholter Schwindelanfall, Kopfschmerzen, Abnahme der Intelligenz und des Gedächtnisses, keine Krämpfe; im Laufe des ersten Jahres wurde der Gang etwas unsicher, unbestimmte diffuse Schmerzen in den Beinen; nach $1^1/_2-2$ Jahren eine gewisse Schwere und Undeutlichkeit in der Sprache, bei zweien wurde sie ganz unverständlich.

Zwei Kinder starben im 7. Jahre der Krankheit an einer intercurrenten Erkrankung. Das 4. ist jetzt 4 Jahre krank; es zeigt ebenso wie die anderen früher eine gewisse Steifigkeit am ganzen Körper, Contracturen im Knie- und Hüftgelenk, im Ellbogengelenk und in den Fingern, auch im Nacken, Tremor; in allen 3 Fällen bestand eine Vergrösserung der Leberdämpfung.

Sectionsbefund: Dura verdickt, Pia adhärent, namentlich vorne. In den Seitenventrikel wenig Flüssigkeit, in beiden Linsenkernen Erweichungsherde. Aorta zeigte kleine sclerotische Herde. — H. meint, dass der Befund für hereditäre Lues spricht.

21) **Althaus** (London): *Ueber Behandlung der Syphilis des Centralnervensystems.* (320).

Zunächst bemerkt A., dass er für Excision der Sclerose ist, und für frühzeitige Quecksilbercur. Tritt keine oder unzureichende Behandlung ein, so ist Gefahr, dass das Centralnervensystem erkrankt, namentlich bei neuropathischen Individuen.

Nach einer Quecksilbercur muss das Nervensystem gestärkt werden, durch Seereisen, Landaufenthalt, Bäder etc. Innerlich Phosphor, Arsen.

Bei primärer Nervensyphilis ist eine prolongirte Quecksilberbehandlung (subcutan, kleine Dosen) dem Jodkali vorzuziehen. Das beste Präparat (weil es nicht reizt) besteht aus 1 Theil metall. Quecksilber, 4 Theilen Lanolin, 5 Theilen Carbolöl.

Nur bei Indicatio vitalis greife man zum Jodkali, dann aber gebe man grosse Dosen, eventuell per rectum.

Den constanten Strom kann man anwenden, um die Ernährung zu heben.

22) **Sachs** (New-York): *Cerebrale Lähmung der Kinder.* (321).

Die Infectionskrankheiten spielen eine grosse Rolle. Eine acute cerebrale Lähmung ist nicht immer eine Hemiplegie. Es kommen auch Diplegien vor.

Die acute cerebrale Lähmung ist hauptsächlich verursacht durch Hämorrhagie, Thrombose oder Embolie. Die Blutungen sind nicht so oft intracerebral wie bei Erwachsenen.

In einem Falle fand sich Agenesis corticalis (Bildungshemmung, die sich mikroskopisch an den feinsten Nervenelementen zeigte).

In einem anderen Fall von corticaler Paralyse fand sich eine enorme Abplattung der frontalen Hälfte beider Hemisphären; die Pia war verwachsen; *mikroskopisch:* Ausgebreitete Menigo-encephalitis (cephalitis), wahrscheinlich auf hämorrhagischer Basis.

Es handelt sich also bei der cerebralen Kinderlähmung um eine grosse Anzahl von verschiedenen Prozessen.

23) **Pierre Marie** et **Georges Marchesco** (Paris): *Ueber die pathologische Anatomie der Acromyelie.* (322)

V. fanden folgende Veränderungen in der Gegend der grossen Zehe, dem Metatarsus und der Nase. Alle Theile der Haut sind hypertrophisch, besonders das Bindegewebe, auch die Drüsen, Gefässe und Nervenscheiden, indem die subcutanen Nerven degenerirt sind. Bezüglich der Knochen bestätigen die Verf. die Untersuchungen von Klebs. Die Makroglossie ist be-

dingt durch die Hypertrophie der Schleimhaut, des Bindegewebes und der Muskeln. Die Nerven der Zunge sind fast ganz intact, was gegen einen nervösen Ursprung der Makroglossie spricht. Das untere Halsganglion des Sympathicus ist sclerotisch. Die Nieren zeigen Nephritis corticalis und Vermehrung des interstitiellen Rindengewebes; Schilddrüse atrophisch, Follikel z. Th. cystisch degenerirt. Der Hirnanhang ist vergrössert. Die Follikel, welche die Vergrösserung der Drüse bedingen, zeigen nicht die typischen zwei Arten von Zellen der normalen Drüse. Auch die Gefässe sind stark verändert und sclerotisch.

Die Akromegalie ist anatomisch gut characterisirt und unterscheidet sich von anderen ähnlichen Krankheiten ganz scharf z. B. von der hypertrophischen Osteo-arthropathie P. Marie's und von trophischen Störungen, welche z. B. bei Syringomyelie (v. Recklinghausen und Holschewnikoff) vorkommen.

24) **Bremer** (St. Louis): *Tumor des Gehirns (Angioma cavernosum), welcher spastische Lähmungen mit eigenthümlichen Anfällen von tonischen Krämpfen verursachte. Localisation im Platysmacentrum; Operation, Ausbleiben der Krämpfe. Augenblicklicher Zustand des Patienten. Demonstration von Photographien und mikroskopischen Präparaten der entfernten Gehirngeschwulst.* (323)

Die Ueberschrift kann zu gleicher Zeit als Referat dienen.

25) **Benedict** (Wien): *Ueber die Wirkung des Strychnins.* (324)

B. hat das Strychnin als Antispasticum angewendet, meint, dass es eine Zukunft hat. Es war in einem Falle von Chorea major; hier half es rapid, nachdem alle anderen Mittel vergebens angewandt worden waren. Auch bei Paralysis agitans scheint Strychnin etwas zu nützen; am besten Strychnin in Combination mit der Suspensionsbehandlung.

26) **Dubois** (Bern): *Die Self-induction in der Elektrophysiologie.* (325)

Duchenne de Boulogne hat bei seinen Untersuchungen mit dem Inductionsstrom gefunden, dass der secundäre Strom zur Reizung der Haut geeigneter ist, als der primäre, während dieser stärker auf die Muskeln und motorischen Nerven wirkt. In Lehrbüchern wird diese Behauptung als irrthümlich bezeichnet, oder als durch eine Eigenthümlichkeit des Duchenne'schen Apparates bedingt.

Vortragender kann auf Grund seiner Untersuchungen die Angaben Duchenne's bestätigen. Der Unterschied in der Wirkung beider Spulen ist ein sehr grosser.

27) **Neisser** (Leubus): *Die Bettbehandlung der Irren.* (326)

N. hebt die Vortheile hervor, die es hat, wenn man aufgeregte Kranke in's Bett legt.

Section für Laryngologie und Rhinologie.

Sitzung von Freitag den 8. August 1890.

28) **Marcel** (Bukarest): *Hystérie d'origine nasale.* (327)

23jähr. Frau, seit dem 16. Jahre hysterische Anfälle; dieselben hörten vollkommen auf nach Extraction eines Polypen und Heilung des begleitenden chronischen Catarrhs.

III. Original-Vereinsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Von Dr. Koenig (Dalldorf).

Sitzung von Montag den 14. Juli 1890.

328) **Mendel**: *Ueber multiple Hirnnervenlähmung.*

Der Fall betrifft einen 27j. Russen; hereditär nicht belastet, nie krank gewesen, keine Lues. Im März d. h. erkrankte er mit Kopfschmerzen und Erbrechen. Im April zeigte sich dass das Gesicht nach rechts verzogen war; dieser Lähmung des linken Facialis folgte dann in einem Zeitraum von 14 Tagen eine Lähmung des linken Oculomotorius, Doppelsehen; Kopfschmerzen hielten an.

Am 18. Juni kam er zu M.

Status praesens: Lähmung sämmtlicher Aeste des Oculomotorius, soweit sie zu den äussern Augenmuskeln gehen.

Pupille L<R; Augenhintergrund normal (Hirschberg), Doppelsehen Facialislähmung links, welche sämmtliche Aeste der oberen und unteren Facialis getroffen hatte; es bestand dabei ein Herabhängen des linken hintern Gaumensegels, Uvula nach links; Herabsetzung des Geschmacks links auf den vorderen $^2/_3$ der Zunge; auf dem hintern Drittel weniger erheblich. Ausserdem Ptyalismus. Die Mündung des Ductus Stenonianus links war geröthet und erweitert, partielle EaR, die übrigen Funktionen waren normal. Es wurde Kal. brom. angewandt und subcutan Strychnin. Der Zustand besserte sich so, dass jetzt von den Lähmungen kaum noch etwas übrig geblieben ist. Was die Oculomotoriuslähmung anbetrifft, so scheint es, als ob es weder eine pheripherische noch eine basale war, weil die Aeste, welche zu den innern Augenmuskeln gehen, nicht betroffen erschienen. Die Facialislähmung zeigte alle Erscheinungen, die wir in den Fallopischen Canal verlegen. Von Interesse war die Affection der Speicheldrüse, speciell der Parotis. Es ist eine bekannte Thatsache, dass bei Facialislähmungen der Mund trocken zu sein scheint; man hat das auf die Mitbetheiligung der Chorea geschoben. Andere haben diese Thatsache dadurch zu erklären gesucht, dass, weil der Mund etwas offen steht, eine grössere Verdunstung der Mundhöhle stattfindet. Hier handelt es sich aber um eine vermehrte Speichelsecretion. Der Speichel selbst wurde von Munk untersucht, und hat quantitativ nichts besonderes ergeben; in 20 Minuten wurden auf der gesunden Seite 0,7 gr., auf der kranken 1,12 gr. secernirt.

Die Physiologen behaupten, dass der Glossopharyngeus allein der Secretion der Parotis vorsteht. In unsrem Falle kann man annehmen, dass dieser Nerv nicht afficirt ist, und insofern würde unser Fall die bisherige Anschauung nicht als richtig erscheinen lassen. Um dies zu erklären, kann man die paralytische Secretion zu Hilfe nehmen, wie sie von Claude Bernhard zuerst festgestellt und von Heidenhain bestätigt worden ist. Wenn man die betreffenden Nerven durchschneidet, so findet in den ersten drei Tagen keine Secretion statt, dann aber eine vermehrte. Unter diesen Umständen würde also auch die vermehrte Speichelsecretion bei einer Facialislähmung kein besonderes Bedenken erregen. Dieser Fall hat auch noch ein

besonderes Interesse. Für diese multiplen Hirnnervenlähmungen existiren bisher als Ursachen: Trauma, Lues, Meningitis und Tuberculose; von allen diesen Dingen ist hier nicht die Rede. Man muss wohl unter diesen Umständen dazu kommen, hier zwei isolirte Erkrankungen des Facialis und des Oculomotorius anzunehmen, eine neuritische oder perineuritische Affection, vielleicht im Anschluss an die Influenza.

An der Discussion betheiligen sich Remak, Oppenheim, Bernhard und Mendel.

329) **Oppenheim**: *Ueber den Zusammenhang von functionellen Neurosen (Hysterie) mit organischen Erkrankungen des Nervensystems.*

O. hat die Hysterie im Gebiet sehr verschiedenartiger organischer Erkrankungen des centralen Nervensystems gesehen. Besonders hervor heben möchte er die Häufigkeit der Verknüpfung von hysterischen Erscheinungen mit dem Symptomencomplex der disseminirten Sclerose. Hier ist es oft unmöglich zu entscheiden, welche Symptome auf Rechnung der Hysterie, und welche auf Rechnung der Sclerose zu setzen sind.

Fernere von O. beobachtete Combinationen sind Hysterie mit Gliosis spinalis, mit Hirnsyphilis (4 Fälle, einer davon obducirt).

Im letzten Jahre hatte O. drei Mal Gelegenheit, die seltsame Vereinigung einer typischen peripherischen Facialislähmung mit den Symptomen einer gleichseitigen hysterischen Hemianästhesie und andern Erscheinungen der Hysterie zu beobachten. Unmöglich ist es über den inneren Zusammenhang der Erscheinungen etwas bestimmtes auszusagen. Das ist sicher, dass die Facialislähmung und die Begleiterscheinungen (Schmerzen etc.) das auslösende Moment für die Entstehung des hysterischen Symptomencomplexes gewesen ist.

Discussion: Remak möchte bestätigen, dass auch er im Verlaufe der Jahre ähnliche Fälle gesehen hat. Auch Mendel hat solche Fälle beobachtet. Bernhardt hat hysterische Erscheinungen bei Bleiintoxication constatiren können. Sperling hebt hervor, dass sich aus hysterischen Leiden organische entwickeln können. Es sei nicht zweckmässig, sich bei organischen Uebeln der Bezeichnung Hysterie zu bedienen, selbst wenn sie mit hysterischen Erscheinungen sich combiniren. Den Ausdruck Hysterie sollte man nur da gebrauchen, wo kein organisches Leiden zu constatiren ist.

Oppenheim sieht keinen Grund, von seinem Standpunkte abzugehen.

IV. Referate und Kritiken.

330) **Th. Buzzard**: On the simulation of hysteria by organic disease of the nervous system. (Repr. from „Brain“ Part. XLIX.)

Nachdem Verfasser die bekannte Thatsache, dass Hysterie eine organische Krankheit des Nervensystems vortäuschen kann an einer Anzahl von Fällen erläutert hat, zeigt er ebenfalls an einer grossen Reihe ausführlich beschriebener Fälle, dass was weniger bekannt ist, auch umgekehrt organische Erkrankungen des Centralnervensystems häufig mit Hysterie verwechselt werden. Besonders ist es die disseminirte Sklerose welche in ihren ersten Stadien gewöhnlich zu Irrthümern und Verwechselungen mit Hysterie Veranlassung giebt. Dieselben werden durch folgende Umstände verursacht: 1) die disse-

minirte Sklerose ist besonders häufig bei jungen Frauenzimmern (Beginn in der Pubertät). 2) Es giebt wenige Fälle von disseminirter Sklerose bei Frauen, in welchen sich nicht hysterische Zustände mit den wesentlichen Symptomen der Krankheit mischen, so dass Verfasser an einen bisher noch unbekannten Zusammenhang beider Krankheiten glaubt. 3) Zahlreiche Symptome der Sklerose selbst ähneln hysterischen Erscheinungen. Plötzliche Lähmung eines Beines bei einem bisher gesunden jungen Frauenzimmer, Gefühl von Taubheit, Ameisenlaufen, Verlust des Sehvermögens auf einem Auge, alle diese Symptome kommen sowohl bei Hysterie vor, als auch sind dieselben Anfangserscheinungen einer organischen Krankheit. Bei beiden können auch die Symptome nach einiger Zeit mehr oder weniger vollständig wieder schwinden oder an einem andern Theil wiederkehren. — Aehnlich kommt es auch bei männlichen neurasthenischen Individuen nicht selten zu Irrthümern.

Als differentialdiagnostische Momente werden unter anderen angeführt: 1) die hysterischen Lähmungen sind meist vollständig, die Lähmungen bei multipler Sklerose (mit Ausnahme der letzten Stadien) höchst selten mehr als mässigen Grades. 2) Das Wandern der Lähmung von einem Beine auf's andere ist nicht, wie bisher irrthümlicher Weise angenommen wurde, ein Zeichen von Hysteriė, sondern ein characteristisches Symptom der disseminirten Sklerose. Zweifellos wechseln und wandern die Erscheinungen auch bei Hysterie: zu einer Zeit Lähmung in einem oder beiden Beinen mit oder ohne Anaesthesie, zu einer anderen Verlust der Stimme, dann wieder Lähmung eines Augenlides oder Contrakturen in den Beinen oder, nachdem die gelähmten Beine ihre Bewegungsfähigkeit wiedererlangt haben, wird später der Arm kraftlos; aber nie soll es nach B. bei einer Hysterika vorkommen, dass zuerst ein Bein gelähmt wird, die Lähmung wieder schwindet und hierauf das zweite Bein befällt. Wenn derartige Erscheinungen als hysterische beschrieben worden sind, so war die Diagnose „Hysterie", falsch! Aehnlich spricht das Wandern des Ameisenlaufens oder des tauben Gefühls von einer Stelle zur andern für disseminirte Sklerose. Was den Verlust des Sehvermögens auf einem Auge betrifft, so ist derselbe bei der Hysterie ähnlich wie die hysterische Lähmung vollständig, während bei der Sklerose nur eine grössere oder geringere Verdunkelung der Gesichtsbilder stattfindet, bessert sich das Sehvermögen auf dem einen Auge, während das andere später ähnlich erkrankt, so spricht dies noch mehr für Sklerose. Atrophie der Pupille, welche bei Sklerose sehr häufig ist, sichert die Diagnose. Ausser dem charakteristischen Symptom des Intentionszitterns spricht noch localisirte Muskelatrophie mit Verlust der elektrischen Erregbarkeit für multiple Sklerose, wobei auch wieder zeitweilige Besserung und Wiederauftreten an derselben oder an einer andern Stelle charakteristisch ist.

H o p p e (Allenberg).

---

331) **Andrew H. Smith**: A Case in which crebral localization was illustrated by the effect of mental impression. (The American Journ. of the Medic. Sciences, July 1890.)

Vor ungefähr 3 Jahren wurde S. von einem Herrn consultirt, der seit mehreren Jahren an einer Affection der rechten Handwurzel und Hand litt, welche mit Schreibekrampf viel Aehnlichkeit hatte, aber aetiologisch von diesem Leiden verschieden war und eher in Zittern als Krampf bestand.

Dies war nicht das Resultat eines besonderen oder übermässigen Gebrauchs der Hand und war von einer leichtgradigen Parese des rechten Beins begleitet. Grosse Hinterhauptschmerzen welche auf unvollständiger Thätigkeit der Augenmuskeln beruhten, wurden durch das Tragen geeigneter Prismen vollständig gehoben. Das Auffallende ist, dass nicht allein diese Schmerzen durch den Gebrauch der Gläser beseitigt wurden, sondern auch der Zustand der Hand und des Beins sich beträchtlich besserte. Der Allgemeinzustand des Patienten sowohl als der der Hand und des Beins war nur zufriedenstellend.

Vor einigen Tagen las der Pat. mit grossem Interesse einen Artikel in „Harper's Magazine" worin Mr. Chittenden (Registrar des Schatzamts in Washington) seine Erfahrungen im Unterzeichnen von 12,500 bonds innerhalb 64 Stunden und die darauffolgende physische Erschöpfung beschreibt, Pat., im Lesen dieses Aufsatzes fortfahrend, fühlte einen heftigen Schmerz beginnend in der rechten Hand, welcher durch den Arm in das Genick und dann zum Hinterhaupt emporstieg, und sich schliesslich mit grosser Intensität an einer begrenzten Stelle auf der linken Kopfseite festsetzte. In der Beschreibung des Schmerzes bezeichnete der Patient mit seinem Finger ganz genau die Lage der hinteren Scheitelwindung, wohin Ferrier das Handwurzel- und Handcentrum der gegenüberliegenden Seite verlegt. Etwas Schmerz wurde auch im Bein wahrgenommen. Der Autor betont, dass sein Patient durchaus keine Kenntniss von cerebraler Localisation hat, und der beschriebene Schmerz konnte daher nicht das Resultat einer „Suggestion" sein. Der Autor kommt zu dem unvermeidlichen Schluss, dass die Hand- und Bein-Erscheinungen auf einem krankhaften Zustand des Rindencentrums beruhten, und dass dieser krankhafte Zustand in solcher Weise beeinflusst wurde durch die Aufmerksamkeit, welche sich auf die Function jenes Centrums richtete, dass er sich in Schmerz ausdrückte. Der unmittelbare Zusammenhang zwischen der geistigen Thätigkeit und der Hervorbringung des Schmerzes war, wahrscheinlich, eine vasomotorische Störung.

F. H. Pritchard (Boston).

---

332) **Buchholz** (Halle): Casuistischer Beitrag zur Kenntniss der Entwicklungsanomalieen des Rückenmarks. (Arch. f. Psych. XXII. 1. p. 230.)

Es handelt sich um eine abnorme Configuration der grauen Substanz — theils Verschiebung theils Volumenveränderung — zufällig in einem Paralytiker-Rückenmark gefunden, welche intra vitam keine Erscheinungen hervorgerufen hatten.

Langreuter.

---

333) **C. Moeli** (Dalldorf): Veränderungen des Tractus und Nervus opticus bei Erkrankungen des Occipitalhirns. (Arch. f. Psych. XXII. 1. p. 73.)

Mittheilung von drei einschlägigen Sectionsbefunden. Die Erkrankung des Occipitalhirns bestand im Wesentlichen in Schwund der Markmasse, und zwar handelte es sich um Fälle von: Porencephalie, Hydrocephalus bei einem 17 jährigen, und atheromatöse Erweichung bei einem 40 jährigen Manne. Trotz des sehr differirenden Lebensalters und der ganz verschiedenen Krankheitsdauer war der Effect bezügl. Tractus und Nervus opticus derselbe.

Langreuter.

---

334) **N. Jakimoff:** Ueber Trunksucht und den Einfluss des Alcohols auf die Veränderungen des Nervensystems. (Viestnik. klin. i. sudebn. psychiatrij, Bd. VII. H. 2.)

Die höchst interessante und gründliche Arbeit des Autors zerfällt in zwei Theile. In dem ersten Theile werden die verderblichen Folgen des Alcohols auf die Degenerescenz des Menschengeschlechtes untersucht. Im zweiten Theile giebt Verf. die Befunde seiner Experimentalforschungen über den Einfluss des Alcohols auf die Veränderungen des Nervensystems. Diese Forschungen sind im Laboratorium von Mierzejewsky vollzogen. Verf. meint dass unter Alcoholeinfluss die Veränderungen des Nervensystems sich nur in seinem Centraltheile localisiren, in den Nervenzellen; natürlich können auch die peripheren Nervenfasern alterirt werden, wenn der Alcoholgebrauch excessiv wird. K. Kowalewskaja.

---

335) **E. Bernadsky:** Chronische erbliche Chorea. (Klinisches Jahrbuch der therapeutischen Klinik. der Warschauer Universität.) (Russisch.)

Verfasser beschreibt folgenden Fall von erblicher chronischer Chorea. Der Kranke ist 48 Jahre alt, er leidet seit 5 Jahren an Chorea. Die zwei vorhergehenden Generationen litten an derselben convulsivischen Krankheit Die unwillkürlichen Bewegungen fingen am Gesichte an und verbreiteten sich auf die Muskulatur des ganzen Körpers, mit Ausnahme der Augenmuskeln. Die Zuckungen verstärkten sich bei psychischer Aufregung, sie wurden aber schwächer bei Willensanstrengung und verschwanden gänzlich während des Schlafes. Die Sprache war stotternd, der Gang taumelnd; im Gebiete der psychischen Functionen beobachtete man Schwäche des Gedächtnisses. Ausserdem waren erhöhte Sehnenreflexe, mechanische Muskelerregbarkeit und erhöhte Schmerzempfindungen für den inductiven Strom zu beobachten. K. Kowalewskaja.

---

336) **Muratow:** Fall von Polyneuritis acuta mit Section. (Jubiläumsschrift für Professor Koshewnikow.)

12jähriger Bauerknabe hat einen Monat vor seinem Eintritt ins Krankenhaus an Schwindel gelitten, vor 8—10 Tagen traten Schmerzen im Halse und Schwäche in den Beinen, nach weitern 2 Tagen auch in den Armen auf. Bei der Aufnahme fand sich: Parese der Stirnmuskeln, der Orbiculares palpebrarum, die Nasolabialfalten abgeflacht, die Stimme näselnd, die Lippenlaute werden schlecht, die Zungenlaute etwas besser ausgesprochen, die Bewegungen der gerade aber nicht vollständig ausgestreckten Zunge sind schlaff, das Schlingen ist schwer, der weiche Gaumen ist symmetrisch, tief herabhängend, schlaff. Die Bewegungen der Arme im Ellenbogen und den anderen Gelenken sind recht beschränkt und schwach, die Faust kann nicht geballt werden, die übrigen Bewegungen der Beine sind in allen Gelenken beschränkt und schwach, ebenso wie die der Hals- und Rumpfmuskulatur, Sitzen im Bette unmöglich, passive Bewegungen der Arme und Beine sind schmerzhaft, Empfindlichkeit bei Druck auf die Nervenstämme und Muskeln gleich stark, Patellarreflexe fehlen. Der Kranke starb am 4. Tage seines Hospitalsaufenthalts, ohne Störung an den Sphincteren unter den Erscheinungen einer progressiven Bulpärparalyse.

Die sorgfältig ausgeführte mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks, der Medulla oblongata (welche gesund gefunden wurden) und der Nn. vagi, mediani, ulnaris und der cauda equina ergab folgende Resultate. Ergriffen waren die vordern spinalen Wurzeln (in der Lendenanschwellung) und die genannten Nerven und zwar übereinstimmend in folgender Weise.

1) *Die Axencylinder* sind geschwellt und geschlängelt, a) diese Veränderung zeigt häufig einen segmentären Character (kolbenartige Anschwellungen des Axencylinders an den Ranvier'schen Einschnürungen), b) Anschwellungen des Axencylinders im Faserverlaufe im Centrum der Markscheide, welche hier schwach ausgeprägt, spindelförmig ausgezogen, allmälig die Gestalt des normalen Axencylinders annehmen. c) Seltener kommen sphärische Verdickungen vor, an welche von beiden Seiten der geschlängelte, aber nicht geschwellte Axencylinder hervortritt. Diese Schlängelung ist an den meisten Axencylindern zu bemerken, welche entweder geschwellt oder normal erscheinen und gewöhnlich in der mikrochemisch entarteten Myelinscheide, seltener in den Schwann'schen Membranen sich vorfanden; an Zupfpräparaten konnte man in einzelne Abschnitte zerfallener Axencylinder erkennen.

2) Die Myelinhüllen zeigen nur an einigen Fasern die gewöhnlichen destructiven Erscheinungen — Zerfall in einzelne Schollen und Ballen, an den meisten wird nur diejenige mikrochemische Raction beobachtet, bei welcher sie sich nach Osmiumsäurebehandlung gelbbraun und mit Carmin roth färben.

3) Die Zahl der Kerne in der Schwann'schen *Scheide* ist im Allgemeinen nicht vergrössert, doch fand sich in einigen Scheiden Proliferation der Kerne, einige enthielten weder Myelin, noch Axencylinder, dafür aber eine grosse Menge Rundzellen, welche anscheinend von Myelin erfüllt waren.

4) Es fanden sich *spindelförmige Zellen* mit 2 lang ausgezogenen Ausläufern, ihr Protoplasma wurde durch Carmin stark gefärbt, in ihrer Mitte befand sich ein mitunter doppelter körniger Kern.

Nach einer eingehenden Besprechung der Lehre von der Neuritis ascendens und dabei vorkommenden anatomischen Veränderungen kommt Verf. zum Schlusse, dass es sich in seinem Falle klinisch um sogen. Landry'sche Paralyse, anatomisch aber um eine Polyneuritis acuta gehandelt habe.

Hinze.

---

337) **Rossolimo**: Ophthalmoplegia externa polyneuritica.
(Jubiläumsschrift für Prof. Koshewnikow.)

Sorgfältig beobachteter Fall von Polyneuritis, welche sich nach einer Erkältung auf syphilitischem Boden entwickelt und ausser zahlreichen peripheren spinalen Nerven und der ersten Aeste beider Trigemini auch auf die Nn. oculomotorii und trochleares beiderseits verbreitet hatte, dazu waren noch tabische Symptome (Myosis, lancinirende Schmerzen, reactionslose Pupillen, schwaches Romberg'sches Zeichen, Impotenz, Schwindel, Anästhesien und Parästhesien, abgeschwächte Patellarreflexe). Eine energische Schmierkur heilte die Ophthalmoplegie, die tabischen Symptome bestanden also fort. Verf. hielt die beiden Affectionen, die Lähmung der Augenmuskeln und die Tabes, auf folgende Weise entstanden. Die Polyneuritis konnte, nachdem

ihre Intensität etwas abgenommen hatte, sich subacut weiterentwickeln und aufsteigend die Nervenstämme ergreifen und darauf die hintern Wurzeln angreifen. Verf. hält es für möglich, dass sich in den intramedullären Theilen des sensiblen Apparates Veränderungen durch Weiterschreiten des Processes von den peripheren Nerven aus entwickeln können. Es muss leider wegen Raummangel hinsichtlich der Einzelnheiten dieses höchst interessanten Falles auf das Original verwiesen werden. Hinze.

---

338) **Preobrashenski**: Polymyelitis anterior acuta adultorum. (Jubiläumsschrift für Prof. Koshewnikow.)

Aeusserst genau beobachteter und sorgfältig beschriebener Fall bei einem 20 jährigen Bauern, der sich von andern in der Literatur vorzeichneten durch ein sehr rasches Eintreten (2—3 Stunden) der Lähmung auszeichnet, sonst bot er nichts Besonderes dar. Ein vollständiges Literaturverzeichniss erhöht den Werth dieser recht lesenswerthen Abhandlung; Verf. führt 106 fremde Beobachtungen an. Hinze.

---

339) **Lunz** und **Mamurowski:** Fall von acuter aufsteigender, alcoholischer Paralyse. (Jubiläumsschrift für Prof. Koshewnikow.)

28 jähriger Alkoholiker, wird, nachdem er ein Jahr lang an Schmerzen in den Beinen gelitten, im Verlaufe von 2 Monaten von rasch sich ausbreitenden Lähmungen der untern und obern Extremitäten befallen und stirbt bald an Herzlähmung und Lungenödem. Als besondere Eigenthümlichkeiten sind hervorzuheben: Verschontbleiben des M. supinator longus bei gleichzeitiger Lähmung der übrigen Radialzweige, eine Affection beider Abducentes und des rechten Oculomotorius und 3 epileptischen Anfällen kurz vor dem Tode. Die mikroskopische Untersuchung (Dr. Mamurowski) ergab parenchymatöse, segmentäre aufsteigende Neuritis an den gelähmten Extremitäten bei völlig unversehrtem Rückenmark und Gehirn, am meisten waren die Nerven in ihren distalen Abschnitten ergriffen, je weiter von der Medulla spinalis, desto stärker die Affection. Verf. nimmt auf Grund seiner und in der Literatur vorhandenen Fällen an, dass bei Alkoholikern Neuritiden auch selbstständig auftreten können. Hinze.

---

340) **Darschkewitsch**: Intermittirende Oculomotoriuslähmung. (Jubiläumsschrift für Prof. Koshewnikow.)

Verf. entwirft auf Grundlage eines eignen und 20, der Literatur entnommenen Fälle das Bild dieser seltnen Affection. Die *Symptome* zerfallen in *beständige* und *unbeständige*. Zu erstern gehören: einseitige Ptose, Abduction des bulbus nach aussen, unmögliche oder sehr erschwerte Bewegung des Augapfels nach innen, unten und oben, Erweiterung der Pupillen, welche weder auf Licht, noch auf Accomodation reagirt, Diplopie, Fehlen jeglicher Störung am andern Auge; beständige Zeichen sind: Anästhesie oder Parästhesie im Gebiete des obern Astes des gleichnamigen Trigeminus, Uebelheit, Erbrechen und heftiger Kopfschmerz. Sind alle diese Symptome vorhanden und kehren sie in verschieden langen Intervallen wieder, so ist die Diagnose

unschwer zu stellen, in unklaren Fällen, namentlich bei mangelhafter Anamnese können folgende Daten zur Klärung dienen: Kinder- oder Jünglingsalter, habitueller einseitiger Kopfschmerz mit gleichzeitigem Uebelsein und Erbrechen, Fehlen von Erkrankungen anderer Hirnnerven und kurze Dauer der Lähmung, Mangel irgend einer nervösen Systemerkrankung. Der Verlauf der Affection ist meist progressiv und können dazwischen allgemeine zum Tode führende Gehirnsymptome auftreten. Die Ursache der Affection liegt in einer Läsion des Oculomotoriusstammes auf seinem Verlaufe längs der Gehirnbasis durch Meningitis, Neubildungen u. a., die Wiederkehr der Lähmungen beruht wahrscheinlich auf Kreislaufsstörungen, welche von Zeit zu Zeit in den, dem Nervenstamm benachbarten Parthien auftreten und durch den causalen krankhaften Process bedingt werden. Die Prognose ist bis jetzt noch nicht sicher zu stellen; alle, gegen die Krankheit angewandten Mittel sind hierzu erfolglos gewesen. Hinze.

---

341) **Dupley:** Sur un cas de mal de Pott. (L'union médicale 1890 Nro. 69.)

16½jähriger geistig und körperlich in der Entwickelung zurückgebliebener Knabe, bei dem die Erkrankung im 5. Lebensjahre ohne besondere äussere Veranlassung begann. Es besteht deutliche Gibbosität im unteren Theil der Lendenwirbelsäule, Difformität des Thorax und des Beckens (kyphotischen Beckens), Gürtelschmerz und ausstrahlende Schmerzen in der linken unteren Extremität und der vorderen Seite (Curalis), links starke Muskelschwäche (daher Hinken) und Muskelatrophie. Nachts sind keine Schmerzen vorhanden, es bestehen keine Störungen im Bereich der Sphincteren; Congestionsabscesse waren nie aufgetreten.

Prognose stets schwer wegen der Möglichkeit einer tuberkulösen Meningitis und sich verallgemeinernden Tuberculose. Holtermann.

---

342) **Eugen Morpurgo** (Triest): Ueber das Verhalten des Gehörorgans bei Tabes. (Archiv für Ohrenheilkunde XXX. Bd. 1. u. 2. Heft. S. 26.)

Nachdem Verfasser eine grosse Reihe von Nervenärzten und Ohrenärzten citirt hat, die alle mehr oder weniger bestimmt das Vorkommen von Hörstörungen bei Tabes angegeben haben, veröffentlicht er seine Resultate die er bei der genauen Hörprüfung von 53 Individuen, die an Tabes litten, gewonnen hat. Unter den Untersuchten 42 Männern und 11 Weibern befanden sich 10 Normalhörende und 43 Ohrkranke und zwar hörten 42 Patienten auf beiden Ohren nicht normal, 1 Individuum war auf einer Seite normal hörend, d. h. von 106 untersuchen Ohren waren 85 nicht normal hörend, 21 normal hörend also nach Procenten waren von den Tabeskranken 81,13 Proc. ohrenkrank, 18,87, Proc. normal.

Die Thatsache der grossen Frequenz der Erkrankung des Gehörs bei Tabes erscheint darnach bewiesen. Weniger sicher lässt sich die Frage beantworten, ob Mittelohr- oder Nervenerkrankung die Hörstörung verursachte. Eine Erkrankung des Acusticus lässt sich in allen denjenigen Fällen annehmen, wo bei unverändertem Trommelfell der Rinne'sche Versuch positiv ausfällt und Lufteintreibungen in die Paukenhöhle keine Verbesserung des Gehörs erzielten. Da die Mehrzahl der untersuchten Ohren diese Bedingungen

erfüllten, so glaubt Verfasser sich berechtigt anzunehmen, dass bei Tabes die Hörstörungen wesentlich die Erkrankung des *schallempfindenden* Apparates darstellen. Aber selbst wenn bei späteren Obductionen Veränderungen im *Mittelohr* des Untersuchten nachgewiesen würden, so würde das nicht gegen den Zusammenhang von Tabes und Schwerhörigkeit sprechen. Eine ganze Reihe von Forschern hat die verschiedenartigsten entzündlichen und degenerativen Veränderungen des Mittelohrs im Anschluss an intracranielle Erkrankungen und Durchschneidung der centralen Wurzeln oder des Stamms des Trigeminus bereits nachgewiesen. Der letztere ist aber bekanntlich bei Tabes sehr oft mitergriffen. Zum Schluss macht noch Verfasser auf die Thatsache aufmerksam, dass im Gegensatze zu den Ergebnissen anderer Forscher subjektive Geräusche fast gar nicht, Schwindel und der Menière'sche Symptomencomplex so gut wie nie bei den von ihm Untersuchten vorgekommen seien. F. Peltesohn.

---

343) **E. Morselli** (Genua): Sulle crisi vulvo- vaginali nell' atassia locomotrice progressiva della donna. (Giornale di neuropatologia 1890, Seprat-Ausgabe.)

Eine 40jährige Frau litt seit 13 Jahren an lancinirenden Schmerzen der unteren Extremitäten. In den letzten Jahren hatte Pat. Herz- und Darmkrisen. Bei der Untersuchung fand man das Westphal'sche, Romberg'sche und Argyll-Robertson'sche Phaenomen. Der Muskelsinn hatte stark gelitten, während die cutane Sensibilität ziemlich erhalten war. Diese Frau hatte angeblich schon lange keinen geschlechtlichen Verkehr mehr gepflogen, weil sie keine Befriedigung empfand. Da trat vor ca. 3 Monaten plötzlich eine mit Wolllust verbundene Erregung der Geschlechtsorgane ein. Erektion der Clitoris, Turgescenz der kleinen Schamlippen, Verlangen nach Geschlechtsumgang. Aber sehr bald machte die geschlechtliche Erregung unangenehmen Empfindungen und schliesslich fast unerträglichen Leiden Platz. Die Geschlechtstheile werden dann der Sitz von sehr heftigen lancinirenden Schmerzen; in der Vagina fühlt Pat. brennende Hitze, welche sich auch auf die Harnröhre ausdehnt; der Eingang der Scheide wird unter heftigen Schmerzen wie von einem Ringe zusammengeschnürt; dabei vermisst man jegliche Ejakulation. Diese Krisen dauern manchmal mehrere Tage, während welcher Pat. schlaflos ist; nacher tritt eine grosse Müdigkeit ein. Während der schmerzhaften Periode der Krisis fehlt jedes geschlechtliche Bedürfniss; der Coitus vermehrt nur die Leiden. Das Harnen findet etwas häufiger wie gewöhnlich statt. Fluor albus hatte die Pat. niemals. Die Krisen traten in dem letzten viertel Jahre elf mal auf.

Die beschriebenen Krisen sind wohl zu unterscheiden von den Clitoriskrisen, die nur in einer wollüstigen Turgescenz der Genitalien zu bestehen pflegen und von Schmerzen nicht begleitet sind. Krisen, wie die von M. beobachteten, sind bisher nicht beschrieben worden.

Therapeutisch empfiehlt Verf. besonders tägliche galvanische Bäder, die einer Pat. während der Krisen grosse Erleichterung verschafften.

Strauscheid.

---

344) **Ira van Gieson** (New-York): A contribution to the pathology of the laryngeal and other crises in tabes dorsalis.

(The journal of nervous and mental disease. Juli 1890.)

Im Anschluss an einen neuen Fall von Laryngealkrisen wo bei der Section eine Degeneration des Vagus und Accessorius gefunden wurde, giebt Verf. einen Ueberblick über die bisher veröffentlichten Fälle von Larynxkrisen und hebt deren mannigfache Unterschiede hervor. Für diese, wie für die Mehrzahl der anderen Krisen nimmt Verf. als Ursache eine periphere Neuritis, sei es der betreffenden motorischen Nerven, sei es bei den visceralen Krisen der Sympathicusnerven an. Strauscheid.

---

345) **F. Peterson** (New-York): A case of locomotor ataxia associated with nuclear cranial nerve palsies and with muscular atrophies.

(Journal of nervous and mental disease. Juli 1890.)

Verf. berichtet über einen 37 jährigen Tabiker, der ausser den gewöhnlichen Erscheinungen der Tabes dorsnalis ein complete beiderseitige Lähmung des 3, 4, 6ten und des motorischen Antheils des 5ten Gehirnnerven darbot. Ausserdem bestand eine atrophische, beiderseits ungleich vertheilte Lähmung einer grossen Anzahl von Muskeln sowohl der oberen wie der unteren Extremitäten. Verf. glaubt, in seinem Falle trotz der der Lähmung sämmtlicher Zweige des Oculomotorius eine periphere Affection ausschliessen zu sollen, vielmehr die Lähmung der oben genannten Gehörnerven insgesammt auf eine Nuclearaffection zurückführen zu sollen.

Strauscheid.

---

346) **B. Imrédy**: Ein Fall von linksseitiger Hemiplegie als Complication bei Typhus abdominalis. (Orvosi hetilap 1890, 35 sg.)

V. A., 26 Jahre alt, erkrankt an Typhus abdominalis und erleidet am 18. Tage seiner Erkrankung einen apoplectischen Insult. Parese der linksseitigen Gesichsmusculatur, totale Lähmung d. l. ob. Extremität und hochgradige Parese des Beines derselben Seite. Syphilis, Atherose der Gefässe und Herzerkrankung ausgeschlossen. Am 55. Tage vom Beginn der Krankheit gerechnet, verliess der Kranke die Klinik mit folgendem Status. Die linksseitigen Gesichtsmuskeln nehmen kaum Theil an der Bewegung. Der linke Arm wird bis zur Schulterhöhe gehoben, der Unterarm kann ein wenig gebeugt, die Finger können frei bewegt werden. Das l. Bein wird beim Gehen nachgeschleppt. Im Ernährungszustand beider Beine ist keine Differenz nachweisbar. Der Verf. nimmt als vermuthliche Ursache der Lähmungen Gehirnblutung an und stützt diese Annahme auf die Erfahrungen von Buhl, Griesinger und Hoffmann, die als Ursachen der Lähmung meningeale und Gehirnblutungen fanden, welche nach der Ansicht Nothnagel's aus der Degeneration der Gefässwandungen infolge der langandauernden und hohen Temperatur bei Typhus zu erklären wären. Anschliessend zählt der Verf. 15 aus der Literatur gesammelte Fälle auf.

Ostermayer (Budapest).

347) **Jegarow**: Zur Symptomatologie der Gliomatose des Rückenmarkes. (Jubiläumsschrift für Prof. Koshewnikow.)

Genau beschriebener und gut beobachteter Fall, welcher mit grösster Wahrscheinlichkeit als Gliomatose des Rückenmarks bezeichnet werden kann; der Kranke verliess das Hospital etwas gebessert, die Beine waren kräftiger geworden und die auf Brust und Rücken deutlich ausgeprägte Autographie war verschwunden. Interessant ist der Umstand, dass bei 5 Minuten langer Galvanisation des Rückenmarks Zuckungen in der Beinmusculatur ohne Schwankungen, aber bei An- und Abschwellen eines Stromes von 1—1½ M. A. eintraten, 5—10 Minuten nach der Galvanisation wurden die Finger weiss und die Nägel blau — ein Beweis für die Treffbarkeit des Rückenmarks durch den galvanischen Strom. Eine Tafel giebt an 2 Figuren sehr anschaulich die Vertheilung der thermischen Hyper- und Anästhesien durch verschiedene Schraffirungen wieder. Hinze.

---

348) **Kirilzew** und **Mamurowski**: Zur Lehre von der aufsteigenden Landry'schen Paralyse. (Jubiläumsschrift für Prof. Koshewnikow.)

36 jähriger Schlosser, der in 12 Tagen an den bekannten Symptomen der Landry'schen Paralyse zu Grude ging. Die Untersuchung unter dem Mikroskop des peripheren und centralen Nervensystems ergab im ersteren äuserst deutliche Veränderungen, welche auf eine primäre, acute, segmentäre, parenchymatöse Neuritis zu beziehen waren, am meisten degenerirt waren die Nerven der Füsse, der Unterschenkel und Unterarme, am wenigsten die Wurzeln der Hals- und Lendenanschwellung des Rückenmarks, welches Hyperämie der grauen Substanz, Trübung und geringe Atrophie der Vorderharnzellen, Anhäufung von Rindzellen in und um den Centralcanal. Die Veränderungen waren am schärfsten an den peripheren Theilen des Nervensystems ausgeprägt und sind Verf. auf Grundlage ihrer eignen und der in der Literatur enthaltenen Beobachtungen zum Schlusse gelangt, dass die Landry'sche Paralyse in fast allen Fällen eine Varietät der acuten Polyneuritis darstellen. Hinze.

---

349) **Kornilow**: Arthropathia tabidorum und deren Beziehungen zur Syphilis. (Jubiläumsschrift für Prof. Koshewnikow.)

Nach eingehender Besprechung der einschlägigen Literatur und Mittheilung zweier eigner Fälle kommt Verf. zu dem Schlusse, dass die *tabische Arthropathie eine Erscheinung sui generis* sei und dass weder die Annahme einer Arthritis deformans, noch die Einwirkung der Syphilis sie vollkommen befriedigend erklären, möglicherweise besteht kein causaler Zusammenhang zwischen der Tabes und der Gelenkaffection, sie beide können vielleicht nur verschiedene Folgeerscheinungen einer und derselben Krankheitsursache sein, welche zuerst das Rückenmark, dann Knochen, Gelenke u. s. w. befallen, und trophisch-neurotischer Natur sei; jedenfalls sei die Frage nach dem Wesen dieser Erkrankungen nach als eine offene zu betrachten. Hinze.

---

350) Minor: Centrale Hämatomyelie. (Jubiläumsschr. f. Prof. Koshewnikow.)

Wichtiger Beitrag zur Lehre von der Springomyelie. Der Raum verbietet ein genaueres Eingehen auf die interessanten Krankengeschichten und die Betrachtungen des Beobachters und seien deshalb nur dessen Schlussfolgerungen hier angeführt.

1) Schwere anatomische Veränderungen des Rückenmarks können sich auch nach solchen Traumen des Rückens entwickeln, welche Haut und Knochen unbeschädigt lassen.

2) In diesem Falle (unverletzte Haut und Knochen) beruht die anatomische Veränderung fast immer auf einer Blutung in's Rückenmark.

3) Diese Blutungen localisiren sich am häufigsten in der grauen Substanz, in der Nähe des Centralcanals und besonders gern auch in der grauen Substanz eines oder beider Hinterhörner. Dauert die Blutung lange, so verbreitet sich das Blut längs des Rückenmarks und bildet die sogen. Röhrenblutung.

4) Das klinische Bild der Lähmungen und der Anästhesien nach Traumen des Rückens deckt sich häufig mit dem Symptomencomplexe der centralen Gliomatose und kann man in den Fällen von Traumen des Rückenmarks, in welchen sich Amyotrophien mit Analgesien und Thermanästhesien entwickeln, Blutung (und Erweichung) in denjenigen Abschnitten des Rückenmarkes annehmen, deren Läsion für die Syringomyelie charakteristisch ist (Nähe des Centralcanals und das Hinterhorn).

5) Die Kenntniss dieser Thatsache hat gegenwärtig eine practische Bedeutung, da die Chirurgie jetzt anfängt, nach Traumen der Wirbelsäule aus dem Wirbelkanale oder dem subduralen Raume das ergossene Blut operativ zu entfernen und so die consecutiven Lähmungen zu verhindern. Nach den eben mitgetheilten Erfahrungen müssen derartige chirurgische Eingriffe in den Fällen vermieden werden in welchen das Symptomenbild der Syringomyelie in seinen Hauptzügen vorhanden ist und sich die Blutung innerhalb und nicht ausserhalb des Rückenmarks befindet. Hinze.

---

351) K. Cramer (Marburg-Solothurn): Zur Lehre von der Aphasie. (Arch. f. Psch. XXII. 1. p. 133.)

Der beschriebene Fall, mehrere Jahre gründlich beobachtet, wird vom Verf. als eine Uebergangsform angesprochen zwischen rein *cortikaler und subcortikaler sensorischer Aphasie.* Die Paraphasie war $3^1/_2$ Jahre constant, sowohl bei der Spontansprache und Nachsprache als beim Lesen und Schreiben; die Worttaubheit besserte sich etwas und glich in mancher Beziehung der Form der Freund'schen „optischen Aphasie“: gezeigte Gegenstände konnten nicht richtig benannt werden und die Wortsymbole besonders für concrete Begriffe fehlten. Die anatomische Grundlage der Störung war eine Herderkrankung im linken Schläfenlappen und zwar: Mark und Rinde der hinteren Zweidrittel der I., und Randzone der II. Windung. Langreuter.

352) P. Menzel (Leipzig): Beitrag zur Kenntniss der hereditären Ataxie und Kleinhirnatrophie (Arch. f. Psych. XXII. s. p. 160.)

Neben der von den meisten Autoren als Krankheitssitz acceptirten combinirten Systemerkrankungen im Rückenmark finden sich im vorliegen-

den Falle atrophische Prozesse in Kleinhirn, Brücke und verlängertem Mark vor, welche der Verf. ebenfalls als Entwicklungshemmung anspricht. Bezügl. mehrerer klinischer und anatomischer von dem Gewöhnlichen abweichender Einzelheiten sei auf die Originalarbeit verwiesen. Langreuter.

353) **Oppenheim** (Berlin): Zur Pathologie der Grosshirngeschwülste. (Arch. f. Psch. XXI u. XXII p. 560 u. ff.)

Gestützt auf 23 klinisch genau beobachtete Fälle in denen durch die Section ein Grosshirntumor nachgewiesen wurde, giebt der Verf. eine monographische Bearbeitung, die besonders dadurch anziehend ist, dass von der Symptomatologie alle bisher noch unklaren und streitigen Gebiete eingehend beleuchtet und nach Möglichkeit des vorliegenden Materials geklärt werden, während die in der Literatur allgemein acceptirten und feststehenden Thatsächlichkeiten cursorisch behandelt sind. In Verfolg dieses Grundsatzes mag auch das Referat verfahren. Was den *histologischen Character* der Neubildungen betrifft, so handelt es sich um 18 Gliome, Sarkome u. Gliosarkome, 3 Carcinome, 1 Solitärtuberkel und 1 Gumma. Die *Diagnose* eines Tumors ist in 20 Fällen gestellt worden. 19 × wurde eine Veränderung des Augenhintergrundes gefunden, und zwar 14 × typische Stauungspapillen und 5 × Neuritis optica (sonst nur Hyperämie der Pupille). Die Fälle in denen der Augenhintergrund bis zum Tode verhältnissmässig normal bleibt, lassen auch andere Zeichen von Hirndruck gemeiniglich vermissen. Wenn, wie in der grossen Mehrzahl Neuritis optica oder Stauungspapille constatirt werden, so entspricht die letztere (häufigeren) einem vorgeschrittenen Stadium und deutet auf einen bereits *längere* Zeit bestehenden intracraniellen Druck, denn es kommt mehr auf die *Dauer* dieses Druckes wie auf die *Höhe* an. — In dem nun folgenden Ermittelungsversuch: *„in wieweit der Tumor sich den bekannten Lokalisationsgesetzen unterordnet"* kommt von den Einzelsymptomen zunächst die *Aphasie* in ihren verschiedenen Qualitäten und Quantitäten an die Reihe. Eine solche (motorisch, sensorisch, gemischt oder mit Agraphie und Alexie verbunden) wurde 12 × beobachtet. Zwar stimmten die einzelnen Fälle *im Wesentlichen* zu den gewöhnlichen Lokalisationsprinzipien, jedoch konnte die Ortsbestimmung keineswegs eine genaue sein, besonders was die Grösse und Ausdehnung des Tumors betraf. — Noch unbefriedigender waren die aus den Motilitätsstörungen abzuleitenden Diagnosen — denn nur in 2—3 Fällen war es möglich auf Grund von vorhandenen Reiz- und Lähmungssymptomen eine genauere Lokalbestimmung zu machen (Unterextremität- und Facialis-Centren). Die Halblähmungen z. B. waren in correctem Sinne nicht zu verwerthen, weil der Tumor natürlich an *irgend einer* Stelle der langen Leitungsbahn schädigend wirken konnte; und Reizerscheinungen der Extremitäten liessen nur dann auf die Rinde schliessen, wenn sie den Typus eines cortical-epileptischen Anfalls hatten. — Auch die Analysirung der *Sensibilitätsbefunde* ergab kaum irgend ein für Tumoren characteristisches Resultat. — Von den 3 × beobachteten *Augenmuskellähmungen* liessen sich zwei Fälle zwanglos durch Druckatrophie erklären, während die Deutung des 3ten (gekreuzter Sitz!) zweifelhaft blieb. — Als besonders pathognostisch für Grosshirntumoren gilt eine *psychische Anomalie*, eine Art Witzelsucht und heiter-sarkastische Stimmung darstellt —

trotz der zugleich bestehenden Benommenheit. (Referent möchte dazu bemerken, dass die bekannte Benommenheit der Tumorkranken sehr häufig als eine andere, nicht weniger characterische Variation auftritt: Besonders in den anfänglichen und mittleren Stadien ist das Bewusstsein nicht eigentlich tief gestört — trotzdem es äusserlich so scheint, sondern es ist mehr ein oberflächlicher Dämmerzustand vorhanden. Die Patienten scheinen stupide da zu sitzen oder zu stehen, lassen die gewöhnlichen Vorgänge der Umgebung reactionslos an sich vorüberziehen; wenn man sie anruft, fahren sie oberflächlich auf, um unmittelbar nachher wieder zu versinken, gleichsam mit offenen Augen einzuschlafen, oft in den unbequemsten Positionen; sie haben gewissermassen ihre ganze Existenz vergessen und denken nicht an die einfachsten Körperbewegungen; es ist wie wenn ein Erstarrungsprozess mitten im Denken, Leben und Bewegen eingetreten wäre. Wenn man aber einen derartigen regungslosen Körper durch energische Zurufe und Manipulationen aufrüttelt, tritt häufig momentanes Vollbewusstsein auf und man erstaunt von dem eben noch blödsinnigen Menschen ganz klare, gesunde Antworten zu bekommen. Freilich dauert das Vergnügen nicht lange, denn bei der nächsten Gesprächspause schläft Patient dem Fragenden „unter den Händen" wieder ein. — Der Beobachter kann sich den Vorgang des Gehirndruckes, seine hemmende Einwirkung auf die Rindenzellen-Associationsbahnen nicht besser illustrirt denken als durch ein solches Bild von Benommenheit. Das momentane Aufflackern des Sensoriums würde man sich dann vorzustellen haben durch die Wirkung des Shock's der entweder eine vorübergehende Stimmulation der nur oberflächlich eingeschläferten Rindencentren, oder auch eine förmliche Druckschwankung bewirkt hätte.) —

Endlich hat der Verf. sein Material auf die Frage hin geprüft: ob die *Oertlichkeit* des immer vorhandenen *Kopfschmerzes* einen Rückschluss auf den Sitz des Tumor's zulässt? und kommt zu einer durchaus verneinenden Antwort. Etwas verwerthbarer für die Lokaldiagnose scheint das Verhalten der *Empfindlichkeit des Schädels* gegen Percussion zu sein.

Schliesslich versäumt Oppenheim nicht ein rein practisch-therapeutisches Facit aus seinen Beobachtungen zu ziehen, und das Resultat ist allerdings geeignet den Eifer operationslustiger Lokaldiagnostiker zu dämpfen. Unter Berücksichtigung nämlich der Lokalisationsmöglichkeit intra vitam und in Anbetracht von Art und Ausdehnung der einzelnen Tumoren, wie das Sectionsresultat es gezeigt, hätte man *vielleicht* in *einem* Falle einen chirurgischen Eingriff für indirect halten können. Eine derartige Mahnung ist nicht etwa entmuthigend, sondern nur dankbar zu acceptiren, da jede unzeitige „Blutgier" die Errungenschaften der Lokalisationslehre lediglich schmälern kann!

Langreuter.

---

354) **Thom. Buzzard;** Vertigo of bulbar origin. — (Adress delivered before the Harveian. Society of London at the annual meeting Jan. 90.) (Separatabdruck.)

Während bisher der Menière'sche Symptomencomplex auf eine Erkrankung des Labyrinths resp. auf eine durch dieselbe hervorgerufene Reizung der entsprechenden Hörnervenendigungen zurückgeführt und in Verbindung mit Gehörsstörungen häufig in Anschluss an chronische Ohrenleiden

beobachtet wurde, macht B. auf die centrale Entstehungsweise der Menière'schen Krankheit aufmerksam. Ob der Reiz in der Peripherie oder im Verlaufe oder in centralem Ursprung der Nerven liegt, die Erscheinungen bleiben immer dieselben. Eine Reizung des Acusticuskernes in der Medulla oblongata muss für gewöhnlich Schwindel (Peripherie des Labyrinth) verbunden mit Gehörsstörungen (Peripherie der Schnecke) herbeiführen, es können aber auch, wie in einzelnen Fällen beobachtet wird, die Gehörsstörungen ganz fehlen, wenn nur oder vorzugsweise der Theil des Acusticuskernes afficirt ist, welcher das Centrum für die Labyrinthfasern bildet. Ein solcher Fall wird näher beschrieben: Ein 43 jähriger Arzt erwacht eines Morgens mit Schwindel, legt sich nochmals hin und als er wieder erwacht und sich erheben will, fällt er fast ohnmächtig zurück. Er musste nun mehrere Wochen zu Bett bleiben. So lange er seinen Kopf völlig ruhig hielt, fühlte er sich wohl, die geringste Drehung des Kopfes aber rief sofort den heftigsten Schwindel hervor. Nachdem er wieder genesen und einige Zeit seinem Berufe nachgegangen war, bekam er einen neuen von ohnmachtähnlichen Zuständen und profuser Schweisssekretion begleiteten Anfall. Sobald er seinen Kopf nach der rechten Schulter neigte, fühlte er gleichsam einen elektrischen Schlag und heftigen Schwindel, was jedoch vermieden werden konnte, wenn der Kopf mit einem Kopfkissen unterstützt und allmählich herumgedreht wurde. — B. erklärt diese Erscheinungen durch einen Reiz in der Medulla oblongata, welcher zugleich den Acusticuskern (Schwindel), Vaguskern [unregelmässige Herzaktion, Collaps] und das vasomotorische Centrum (Schweiss) traf. Früher suchte man die häufig beobachteten Begleiterscheinungen (Collaps, Erbrechen, Schweiss, Kopfschmerzen) als Irradiation von den Endigungen der Gehörnerven auf die anderen Hörnerven zu deuten; in solchen Fällen (B. beschreibt einige genauer) ist aber die Erklärung, dass der Reiz in der Medulla liegt und neben dem Acusticuskern noch andere Kerne von Hirnnerven trifft, viel ungezwungener und plausibler; dass die Erscheinungen vorübergehende sind und anfallsweise in unregelmässigen Intervallen und Paroxysmen auftreten, spricht noch mehr dafür. Die Ursache scheint eine allgemeine Noxe zu sein, welche von Zeit zu Zeit verschiedene Nervencentren trifft. Der Umstand, dass bei den befallenen Individuen meist gichtische Affektionen resp. gichtische Beanlagung (Heredität) nachweisbar sind, lassen vermuthen dass die [gewöhnlich anfallsweise auftretende] Anwesenheit von harnsauren Salzen, ev. von andren Stoffwechselprodukten eine Quelle für die Reizung der Nervenkerne abgiebt. Daraus würde sich dann auch der Erfolg des Natr. salicyl. erklären, welches B. in solchen Fällen verschreibt. Hoppe (Allenberg).

---

355) **Oserezkowski**: Materialien zur Lehre der hysterischen Taubheit.
(Jubiläums-Schrift für Prof. Koshewnikow p. 381).

Recht vollständiges, räsonirtes Literaturverzeichniss, genaue Beschreibung 8 eigner Fälle. Schlussfolgerungen.

Die hysterische Taubheit kann *vollständig* oder *unvollständig*, *beider-* oder *einseitig* sein.

Bei der einseitigen Taubheit wird meist das *linke* Ohr, bei beiderseitiger aber dieses stärker afficirt.

Bei vollständiger hysterischer Taubheit *reagirt der Acusticus auf keinerlei Reiz.*

Bei unvollständiger aber *vermindert sich die Luft- und Knochenleitung entweder gleichmässig oder es wird die Knochenleitung früher aufgehoben.*

Der Rinne'sche *Versuch* hat bei unvollständiger hysterischer Taubheit bis jetzt *positive Resultate* ergeben.

Die *Klangvorstellungen* sind selbst bei completer und beiderseitiger hysterischer Taubheit in allen, bis jetzt bekannten Fällen erhalten gefunden worden.

Die hysterische Taubheit ist sehr häufig von *Anästhesie* der Trommelfelle, des äussern Gehörgangs und andern Symptomen der Hysterie begleitet.

Das *Wesen* der hysterischen Taubheit besteht in einer *Unthätigkeit der, die Gehörseindrücke percipirenden* Apparate, dabei sind die Gehörscentren der Hirnrinde unversehrt, was den andern Sinnesstörungen bei der Hysterie vollkommen analog ist. (Amblyopie, Mutismus.) Es ist möglich, dass, wie Charcot in 2 Fällen hysterische Aphasie nachgewiesen hat, auch in Zukunft bei der hysterischen Taubheit Störungen der Klangvorstellungen nachgewiesen werden können.

Hinsichtlich der, namentlich in forensischer Beziehung (Simulation) wichtigen Details in dieser Frage sei auf das Original verwiesen.

Hinze.

---

356) **S. H. Schreiber** (Budapest): Ueber einen Fall von Athetosis spastica. (Archiv. f. Psych. XXII. 1. p. 220.)

Unter diesem Namen beschreibt der Verf. eine halbseitige posthemiplegische Bewegungsstörung, welche er wegen gleichzeitiger motorischer und sensitiver Hemiplegie im hintern Drittel der inneren Capsel localisirt. — Der Kranke wurde durch den constanten Strom nahezu geheilt.

Langreuter.

---

357) **Hugo Summa** (St. Louis): On Xerostomia. (The alienist and neurologist. April 1890.)

Mit dem Worte Xerostomia (dry mouth) haben Hutchinson und Hadden bekanntlich jene Affection des Mundes bezeichnet, welche auf einer völligen Aufhebung der Speichelsekretion beruht. Dieselbe tritt wesentlich bei nervösen Frauen auf im mittleren Lebensalter. Speciell die Zunge hat ein characteristisches rissiges Aussehen wie rohes Fleisch. Die Affection kann mehrere Jahre lang bestehen ohne wesentliche Gesundheitsschädigung. Sie wird von allen Autoren auf nervöse Störungen, über die allerdings nichts näheres bekannt ist, zurückgeführt. Therapeutisch werden Quecksilber, Pilocarpin, Chlorsaures Kali, Jodpräparate empfohlen. Verf. beobachtete die genannte Krankheit bei einer 30 jährigen schwangeren Frau, die er an Hyperemesis gravidarum und Typhus abdominalis behandelt. Die Mundtrockenheit aber hing wohl mit letzterem nicht zusammen, da sie noch längere Zeit nach Ableitung derselben fortbestand. Es gelang dem Verf. durch häufig am Tage wiederholtes innerliches Verabfolgen von 0,004 Pilocarpin in einer Woche die Xerostomie zu heilen.

Die Literaturangaben des Verf. sind nur unvollständig.

Strauscheid.

---

358) **Georg Güth** (Berlin): Ueber den diagnostischen Werth einzelner Symptome der traumatischen Neurose.

(Inaug.-Diss. 1890. Berlin Dr. Oppenheim 31 pag.)

Die vorliegende Arbeit wendet sich gegen diejenige, welche „an der bestehenden Lehre von der traumat. Neurose Anstoss nehmen, die Symptomatologie derselben für unbestimmt erklären und das ganze Krankheitsbild trotz seiner überzeugenden Objectivität in vielen Fällen lediglich als den geschickten Ausdruck der Simulation ansehen." Trotz der Discussion über die traumat. Neurose auf dem intern. medic. Congresse hat die Arbeit ihrem Werthe nach nichts verloren.

Verf. wendet sich zur Vertheidigung gewisser objectiver Symptome, nämlich der *concentr. Gesichtsfeldeinengung* und der *abnormen Pulsbeschleunigung* und belegt seine Auseinandersetzung mit gut gewählten Beispielen.

Erlenmeyer.

---

359) **G. Gauthics** (Charolles): Sur un cas d'Acromégalie.

(Le Progrés médical 1890 Nro. 21.)

Erblich nicht belastetes Individuum, das früher ganz wohlgebaut war; Beginn der Erkrankung im 25. Lebensjahre mit Abnahme des Geschlechtstriebes und allmähliges Entwickeln der Acromegalie, die der Kranke zuerst an den grösser werdenden Händen und Füssen bemerkte. Nach einem Fall auf den Hinterkopf mit Bewusstlosigkeit trat eine Steigerung der Symptome auf, die sich in Abnahme der Kräfte, Neigung zu Kopfschmerzen und Palpitationen äusserte. Ein erneuter Fall auf den Hinterkopf hatte eine weitere Steigerung der Beschwerden zur Folge, so dass der Kranke unfähig zur Arbeit wurde. Der Kranke ist jetzt 49 Jahre alt, geht langsam mit Hülfe zweier Stöcke, Hände und Füsse colossal gross, Cervico-dorsalkyphose, Hypertrophie sämmtlicher Extremitäten und extremen Glieder des Körpers, Penis, Uvula, Processus xyphoideus, Brustwarzen. Pseudoparalyse der Extremitäten in Folge Flaccidität der Muskelmassen, Atrophie der Schilddrüse, Albuminurie, Herzdilatation, eigenthümlicher Respirationstypus. Die Hypertrophie ist nicht symmetrisch, im Gesicht ist sie an der linken Seite stärker entwickelt als an der rechten, während an den Extremitäten das umgekehrte der Fall ist.

Holtermann.

---

360) **Felix Peltesohn**: Ueber Apsithyria. (Berliner klin. Wochenschrift 1890 Nro. 30.)

Unter Apsithyria versteht Verf. jene seltenere Aeusserung der Hysterie welche die Franzosen mit mutisme hystérique, Kussmaul mit hysterischer Sprachlosigkeit, Mendel, Bock Gottstein u. a. mit hysterischer Stummheit bezeichnen. Er zieht den von Solis Cohen in Philadelphia zuerst gebrauchten Namen „Apsithyria" trotz seiner Fremdartigkeit den anderen vor, weil er von dem einen Hauptsymptom, der Unfähigkeit selbst zu flüstern, sofort eine Vorstellung erweckt und andererseits vor der sehr nahe liegenden Verwechselung mit hysterischer Stimmlosigkeit schützt. Erst die letzten Jahre haben gute und ausführliche Beschreibungen dieses Krankheitsbildes gebracht und zwar im Wesentlichen von Seiten Charcot's und seiner Schüler und von Mendel und seinem Schüler Bock.

Das Vorkommen der Apsithyria ist nicht an Geschlecht oder Alter gebunden. Die von dem Verf. gebrachte Zusammenstellung der vorhandenen Fälle ergiebt Folgendes: In 40% erkrankten Männer an Apsithyria. Der jüngste unter den 45 mitgetheilten Fällen war ein Mädchen von 6 Jahren, der älteste ein Mann von 51 Jahren. 5 mal war die Apsithyria mit dem Verlust des Gehörs combinirt und zwar waren es nur *Männer*, die auf hysterischer Basis taubstumm wurden. Die absolute Seltenheit der Affection scheint daraus hervorzugehen, dass Mendel in seiner Poliklinik unter 4000 Patienten einmal, B. Fränkel unter 5000 Patienten zweimal Apsithyria notirt hat.

Der Eintritt der Apsithyria ist meist ein plötzlicher und gewöhnlich die Folge eines starken Affects, kann sich aber auch im Anschluss an eine bestehende Laryngitis oder im Verlaufe von Schrei- und Lachkrämpfen entwickeln. In einigen Fällen endlich ging und kam die Sprache in gewissen regelmässigen Zwischenräumen so z. B. in dem von Mendel mitgetheilten Fall von hysterischer Taubstummheit.

Das charakteristische Merkmal der Apsithyria, ist die absolute Unfähigkeit des Pat. irgend einen Ton, ein Grunzen oder Weinen hervorzubringen. Auf Grund dieser Thatsache stellt z. B. Charcot in einem Falle von Sprachverlust nach Epilepsie sofort die richtige Diagnose auf Apsithyria. Trotz dieses absoluten Sprachverlustes besteht aber keine Lähmung der Sprachmuskeln, nur ihre in das Gebiet der Artikulation fallenden Bewegungen sind verloren gegangen. Auffallend und vielleicht nicht unwichtig für die so unklare Aetiologie der Krankheit sind die häufig mit ihr verbundenen Parästhesien im Halse.

Der laryngoskopische Befund ergab meist Paresen resp. Paralysen einzelner Kehlkopfmuskeln und zwar stets der Adductoren.

Dem hysterischen Character der Apsithyria entsprechend ist ihr Verlauf ohne jede Regel. Sie verschwindet bisweilen plötzlich, wie sie gekommen. Bisweilen dauert sie allen ärztlichen Maassnahmen zum Trotz ein halbes Menschenalter hindurch. Die Wiederkehr der Sprache kann überraschend plötzlich sein, bisweilen machen jedoch die Patienten ein Zwischenstadium durch, in welchem sie nur mühselig stammelnd und stotternd erst Worte und dann Sätze herauszubringen vermögen. Erst nach und nach, als wenn sich das Gedächtniss für eine geordnete Articulation langsam wiederfände, tritt die volle Sicherheit im Gebrauch ihrer Sprachmusculatur wieder ein.

Die Diagnose macht keine grossen Schwierigkeiten. Man wird sich wohl am meisten vor einer Verwechselung mit höheren Graden von hysterischer *Aphonie* zu hüten haben, bei denen die Flüsterstimme so leise wird, dass man sie nur mit an den Mund der Patienten gelegtem Ohr zu vernehmen im Stande ist.

Die Beantwortung der Frage nach dem Sitz der Krankheit liegt noch im Bereich der Hypothese. Peripherische Lähmungen scheinen angesichts der plötzlichen und vollkommenen Wiederkehr der Sprache ausgeschlossen. Ebenso lässt sich die Hirnrinde ausschliessen. Mendel glaubt, dass es sich um Störung subcorticaler Centren und der Leitung handeln müsse. Verf. ist folgender Ansicht: „Wahrscheinlich wird durch eine Art Autosuggestion von der Unfähigkeit zu sprechen die Leitung vom Sprachcentrum zur Musculatur ausgeschaltet. Hysterische, welche ja schon kleine Reize mit grossen Läh-

mungs- und Krampferscheinungen zu beantworten pflegen, werden das Gefühl eines Hindernisses, eines Druckes im Halse, des Zusammengeschnürtseins des Halses, schon als ein unüberwindliches Hinderniss für den regulären Ablauf des Sprachmechanismus empfinden. Derartige Paraesthesien im Halse sind aber bei grossen Gemüthsbewegungen etwas sehr häufiges, wie unter anderen z. B. Lange in seinem Buch „Ueber Gemüthsbewegungen" betont".

Die Prognose wird wohl niemals ganz ungünstig sein. Die Therapie wird sich natürlich in erster Linie gegen die Hysterie richten. Ausserdem schlägt Verf. die topische Behandlung des Kehlkopfs mit Tannin, Massage und Elektricität vor. Ihm selbst haben in dem von ihm angeführten und geheilten Falle methodische Sprachübungen ausgezeichnete Dienste geleistet. Die hypnotische Suggestion hat den Verfasser zwar im Stich gelassen, ist aber von Charcot u. a. mit Erfolg hierbei angewandt worden.

(Autorreferat.)

---

261) **C. Agostini:** Sulle variazioni della sensibilità generale, sensoriale e reflessa negli epilettici nel periodo interparossistico e dopo la convulsione. (Rivista sperim. di freniatria. Bd. VI Heft 1 u. 2.)

Auf Grund ausgedehnter und sorgfältiger Sensibilitätsuntersuchungen bei Epileptikern, kommt A. im wesentlichen zu folgenden Resultaten.

Das Tastgefühl ist bei Epileptikern im Durchschnitt etwas abgeschwächt. Bei manchen Epileptikern mit plagiocephalem Schädel beobachtet man nur auf einer Seite Herabsetzung des Tastsinnes. Letzterer ist nach schweren Anfällen mit anschliessender starker psychischer Depression besonders stark herabgesetzt. Wird Brom verabfolgt, so pflegt sich der Tastsinn der Norm zu nähern.

Das Wärmegefühl ist nur wenig gestört, selbst nach intensiven epileptischen Anfällen.

Der Geschmack ist in 45 % der Fälle herabgesetzt; öfters beobachtet man auch halbseitige Hypogeusie.

In ähnlicher Weise verhält es sich mit dem Geruche; letzterer wird auch besonders durch Brom herabgesetzt.

Das Gehör ist gleichfalls abgeschwächt, bei Plagiocephalen zumal auf der der Plagiocephalie entgegengesetzten Seite, was letzteres nach einem Anfalle noch stärker hervorzutreten pflegt.

Die Sehschärfe war bei den Brom nehmenden Epileptikern meist normal, mehrmals übernormal. Nach schweren Anfällen nahm die Sehschärfe ab; zugleich war das Gesichtsfeld meist eingeengt. Nur in 16,7 % fand A. Daltonismus.

Die Schmerzempfindung war ziemlich normal, bei mit Brom Behandelten etwas herabgesetzt. Nur sehr schwere Anfälle stumpfen die Schmerzempfindung ab.

Der Muskelsinn ist meist wenig gestört.

Der Gleichgewichtssinn ist bei lang dauernder Krankheit meist gestört; sehr stark tritt diese Störung nach Anfällen auf.

Die electrocutane Sensibilität ist im Durchschnitt etwas herabgesetzt; nach Anfällen ist sie stärker vermindert, es treten dann deutliche Differen-

zen zwischen beiden Seiten hervor. Diese Herabsetzung lässt nur langsam wieder nach.

Die Pupillen sind in 47,5 % von normaler Weite, in 31,25 % erweitert. Die Pupillarreaction erfolgt meist langsam; nach der Contraction aber erweitert sich die Pupille mehr und reagirt dann auch prompter.

Die Hautreflexe erfolgen nicht so schnell und so lebhaft wie beim Gesunden, dagegen nach Anfällen treten sie schneller und lebhafter auf, wie in der Norm.

Das Kniephaenomen ist meist stärker als gewöhnlich, zumal nach einem Anfalle; das Fussphaenomen tritt meist nur nach Anfällen auf.

Bei den Epileptikern kommen ferner Störungen beim Gehen und Schreiben vor; die elektrische Muskelcontractilität ist herabgesetzt, zumal nach Anfällen.

Nach ihren gesammten somatischen wie psychischen Symptomen ist die Epilepsie degenerativer Natur und nahe verwandt mit dem moralischen Irresein und dem angeborenen Verbrecherthum. Strauscheid.

---

362) **S. Weir Mitchell** and **Ch. W. Burr:** Unusual cases of chorea, possibly involving the spinal cord. (Journal of nerv. and ment. disease. Juli 1890.)

Ein 19 jähriger Mann, welcher von einer an Chorea leidenden Mutter wie Grossmutter abstammte, litt gleichfalls von Geburt auf an Chorea. Die Intelligenz desselben ist gut entwickelt. Von körperlichen Symptomen beobachtet man bei dem Pat. noch Fussclonus und Rigidität der Beinmuskulatur. Wegen letzterer Symptome hält Verf. für möglich, dass auch die Chorea auf einer Spinalaffection beruhe, obgleich auch die gesammte Gesichtsmuskulatur an den choreatischen Bewegungen Theil nimmt.

Ein anderer 46 jähriger Pat. stammt von einem nervenkranken Vater. Mit 21 Jahren bekam Pat. klonische Zuckungen der Halsmuskulatur. 10 Jahre später traten unregelmässige Bewegung der Bauchmuskeln, sowie choreatische Zuckungen im rechten Arme auf. In diesem Falle wagen die Verf. über die anatomische Grundlage der Affection sich nicht zu äussern.

In einem dritten Falle handelt es sich überhaupt nicht direkt um deutlich choreatische Bewegungen, sondern eher um verwandte Spasmen.

Die Verf. glauben auf diese sehr zweideutige Krankengeschichten hin darauf aufmerksam machen zu sollen, dass möglicherweise manche choreoide Störungen auf Rückenmarksaffectionen zurückzuführen sind.

Strauscheid.

---

363) **G. L. Walton** (Boston): Contribution to the study of the traumatic neuro-psychoses. (Journal of nervous and mental disease. Juli 1890.)

Verf., der bekanntlich zu den Begründern der Lehre von den traumatischen Erkrankungen des Centralnervensystems (railway-brain) gehört, giebt hier eine kurze Uebersicht über seine ausserordentliche reiche Erfahrung auf diesem Gebiete. Er hält abgesehen von den bei schweren chirurgischen Verletzungen vorkommenden Laesionen organische Störungen des Central-

nervensystems für ausserordentlich selten. Er hat Symptome wie circumscripte Atrophie, fibrilläre Zuckung, Decubitus, Cystitis, Aenderung der elektrischen Reaktion, spastische Symptome, Pupillenungleichheit und dergl. nur höchst selten, gesehen. Angebliche Störungen beim Uriniren, Störungen der Sensibilität können sehr wohl simulirt werden.

Ebenso verhält es sich mit dem Werthe von Symptomen wie Gürtelgefühl, Romberg'sches Phaenomen, Tremor, schwankender Gang, Symptome die manche Autoren wie Knapp immer auf eine organische Erkrankung zurückgeführt wissen wollen. Abnahme der motorischen Kraft, kann ebensowohl simulirt werden, als auf einer Krankheit beruhen. Verf. warnt ferner vor Ueberschätzung einer hohen Pulszahl; er hat oft bei gesunden Personen nach einer nur mässigen Erregung einen Puls von 90—100 Schlägen beobachtet.

Verf. weist des weiteren genauer darauf hin, wie schwer es überhaupt ist, das Rückenmark zu beschädigen ausser vermittelst seiner knöchernen Umgebung.

Endlich schliesst er mit einer ausführlichen Aufzählung aller der Symptome, die er in 82 Fällen von traumatischen Neuro-Psychosen beobachtet. Leider sind dabei alle Fälle von Simulation, deren Verf. anscheinend eine nicht unbeträchtliche Zahl beobachtet hat, ganz ausser Acht gelassen, da es dem Verf. in dem vorliegenden Artikel nur darauf ankam, die Seltenheit von organischen Nervenaffectionen im Vergleich zu den sog. functionellen Störungen darzuthun. Erwähnt mag noch werden, dass W. nie einen Fall von Erkrankung bei Kindern unter 15 Jahren beobachtete.

In prognostischer Beziehung betont Verf. die häufige Besserung der Symptome nach erfolgter etwaiger gerichtlicher Entscheidung.

Strauscheid.

---

364) **Thom. Buzzard**: A method of applying electric currents directly in cases of oculo-motor paralysis. (Repr. from Vol. IX. of ophtalmological society transactions.)

Die Methode welche B. bereits 1875 im Lancet beschrieben und seitdem in vielen Fällen erfolgreich angewandt hat, besteht darin, dass die eine feuchte Elektrode auf den Nacken des Patienten gesetzt wird, während der Arzt die andre ebenfalls gut befeuchtete Elektrode in seine linke Hand nimmt und indem er für einen guten Contakt mit der Haut derselben Sorge trägt, den Zeigefinger der rechten Hand, der mit einer einzigen Lage gut befeuchteten Musselins bedeckt ist auf das Auge des Patienten in der Richtung der Mm. externi legt, nachdem die Conjunctiva durch Cocain anaesthesirt ist. Durch abwechselndes Aufheben und Aufsetzen des Fingers wird der Strom (von 1,5 bis 2 Millampières) geschlossen und geöffnet, wobei der Finger einen kleinen elektrischen Schlag fühlt. So kann der Finger als eine sensitive Elektrode mit grosser Exaktheit auf alle Theile des Auges aufgesetzt werden und der Arzt zugleich jeden Augenblick die Stärke des Stromes prüfen. Diese Methode soll bessere Resultate geben als die gewöhnliche, bei welcher die metallene Elektrode auf die geschlossenen Augenlider aufgesetzt wird.

Hoppe (Allenberg).

---

365) **J. M. Taylor** (Philadelphia): Two Cases of Epilepsy in Children, the Convulsion starting in the Hand and Arm; Operation; Recovery.

(Annals of Gynaecol. Paediatry vol. III. Nro. 11. 1890.)

Die zwei von F. berichteten Fälle sind äusserst interessant und von bedeutendem anatomischem Werth. Der erste anatomische Fall ist der einzige seiner Art, der Ansicht des Autors zufolge, betreffs der Vollkommenheit des Erfolges und der ausgebreiteten chirurgischen Exploration. Der zweite Fall ist werthvoll wegen der sehr interessanten Phenomene welche die Anfälle darboten. Die Besserung, nach der Operation ist bedeutend und wird wahrscheinlich Fortschritte machen.

1. Fall. 12. Decbr. 1886. B. W., alt 13. Ein vollkommen gesunder Knabe, nicht hereditär belastet. Im Alter von 2 Jahren und 11 Monaten fiel er vom zweiten Stockwerk eines Gebäudes herab, fiel auf den Kopf und erlitt einen Schädelbruch über der rechten prom. parietal. Convulsionen wurden zur Zeit nicht wahrgenommen und die Wunde heilte schnell. Bald hernach wurde er von gelegentlichen Krämpfen im linken Arm befallen, welche als eine Aura beginnend, sich vom linken Zeigefinger und Daumen, das Glied hinaufkriechend fortpflanzten und im allgemeinen auf diesen Körpertheil beschränkt blieben. Diese Anfälle vermehrten sich schnell, nahmen ihren Ausgang immer in der erwähnten Hand, wurden bald allgemein und endeten in vollständiger Bewusstlosigkeit. Ihr Erscheinen war unregelmässig; ungefähr 2 mal jeden Monat. Ungefähr im achten Lebensjahre des Knaben verschwanden die allgemeinen Convulsionen und die auf den Arm beschränkten wurden seltener, jedoch stärker. Vor einem Jahre, also im Alter von 12 Jahren, stiess sich der Knabe heftig an einen hervorstehenden Stein, welcher Zwischenfall einen heftigen allgemeinen Convulsionsanfall hervorief, ganz den früheren gleichend und ebenfalls in Bewusstlosigkeit endend. Diesem Anfall folgten viele andere von ähnlichem Charakter und Grad. Auch eine ebenso grosse Anzahl von Armkrämpfen traten auf.

Ein genauer Bericht der Ergebnisse der Untersuchung der rasirten Schädeloberfläche und ophthalmoscopischen Untersuchung ist dem Originale beigegeben. Die Untersuchung des Schädels ergab das Fehlen eines ziemlich grossen Stückes Knochen am oberen Rande des Hinterhaupts. Der hintere spitze Rand dieser Knochenspalte bestand aus elastischer Knochenmasse. Drückte man auf diese letztere so versursachte man einen ohnmachterregenden Schmerz, und fortgesetzter Druck brachte eine allgemeine, starke Convulsion hervor; beginnend in den Fingern und der Hand und sich auf den Körper fortpflanzend.

Operation (März 1887): Beim Aufheben des Schädelstücks wurden keine Knochensplitter vorgefunden, aber der unregelmässig gespitzen Massen wegen, welche den Rand dieser Knochenspalte bildeten, entstand ein starker Druck auf die Gehirnrinde. Dies war unbedingt die Ursache der Convulsionen. Diese spitzen Knochenmassen wurden nun vorsichtig entfernt, ohne die Dura in irgend einer Weise zu stören. Keine frische Knochenmasse wurde transplantirt. Heilung erfolgte ununterbrochen und schnell.

Sechs Wochen nach der Operation hatte Patient eine nicht sehr starke Convulsion und seitdem nicht wieder. Patient ist jetzt (2. Mai 1890, ungefähr 2 Jahre nach der Operation) 16 Jahre alt, ein vollständig gesunder,

kräftiger und lebhafter Junge. Das günstige Resultat der Behandlung der Epilepsie in diesem Falle ist von bedeutendem statistischem Belang für die Heilung gewisser Fälle von Epilepsie durch Trepanation, da hier nicht nur die Heilung der Operationswunde, sondern die *Heilung der Epilepsie selbst* in Frage kommt. (Die verfrühte Veröffentlichung von Epilepsie „geheilt" durch Trepanation, wo in der That nur auf die Heilung der *Operationswunde* Rücksicht genommen wird, wird scharf und gerechterweise von Bergmann, in der jüngsten Auflage seiner Monographie: „Die chirurg. Behandlung von Gehirnkrankheiten" (Berlin 1889) kritisirt. Er verwirft daher alle diesbezüglichen Statistiken als werthlos. *Refer.)*

2. *Fall.* Dieser Fall betrifft ein 3 Jahre altes Kind (Knabe) von gesunden Eltern stammend. Die Anfälle sind zahlreich und heftig. Dieselben begannen im Alter von 14 Monaten, während des Zahnens. Theilweise und zeitweise Contractur der Hand- und Arm-Muskulatur, Störung der Sprache.

Operation (26. Oktober 1888). Die Dura wurde über den rechten Motor-Regionen blosgelegt; dieselbe war perlfarbig und ein wenig granulös. Die Dura wurde gespalten und die Region welche die Arm- und Handcentren einschloss erschien geröthet, punktirt und etwas geschrumpft. Eine nahezu flüssige, weiche Masse geröthet und stark injicirt wurde schliesslich mit dem scharfen Löffel entfernt bis solides Gewebe erreicht wurde. Die Heilung verlief glatt.

Stat. praes. (20. Mai 1890). Patient gedeiht sehr gut; kann viel besser gehen; keine allgemeinen Krämpfe. Spricht nicht viel besser, aber ist mehr beobachtend als früher. Kniereflexe subnormal; etwas unruhig; Augen wie früher; Aufmerksamkeit grösser; keine willkürliche Coordination des linken Arms.

Das Original enthält zwei Illustrationen.

Albert Pick (Boston).

---

366) **H. H. A. A. Beach** und **J. J. Putnam** (Boston): Compound Comminuted Fracture of the Skull; epilepsyy for five Yars; operation; Recovery. (The Boston Medic. & Surg. Journ. 1890. Nro. 14.)

Ein starkes und gesundes Mädchen wurde im Alter von 4 Jahren von einem Pferde vor den Kopf gestossen, und stöhnend und bewusstlos aufgehoben. Blut rann aus dem linken Ohr und linken Nasenloch. Das Mädchen blieb beinahe eine Woche lang bewusstlos. Der Zustand der Pat. besserte sich auf kurze Zeit, aber ein Hirnabscess entwickelte sich, einen Monat später, an der Stelle der primären Verletzung, verbunden mit Schwere der rechten Hand und einem Krampfanfall wozu sich auch letargischer Schlaf gesellte. Der Abscess wurde geöffnet und eine beträchtliche Eitermasse entleert. Die Wunde wurde offen gehalten und entleerte sich continuirlich während 6 Monate, in welcher Zeit Pat. sich wohl zu fühlen schien; ausgenommen dass sie ungefähr einen Tag jeden Monat, schlaftrunken war. Während der nächsten 4 Jahre hatte sie keine bedeutenden Symptome. In ihrem 5. Jahre lernte sie lesen und schien ganz *lebhaft* zu sein. Im Alter von 8 Jahren traten „Spuckanfälle" (so genannt von ihrer Umgebung) auf, gefolgt von Bewusstlosigkeit und starrem Ausdruck in den Augen. Epilepti-

forme Anfälle, Bewusstlosigkeit und unwillkührlicher Harnabgang. Im Alter von neun Jahren hatte sie einen vollständigen epileptischen Anfall, gefolgt von einer Reihe von milderen. Sobald als die ernsteren Anfälle sich einstellten, schrie sie auf, legte ihre linke Hand auf ihr linkes Auge; dann erschien krampfhaftes Zucken beider Augen. Diese letzteren Symptome traten nun öfter auf und wurden intensiver. Durch eine Behandlung mit Kal. brom. (October 1885) verschwanden dieselben und erschienen nicht wieder während zwei Jahre. Der geistige Zustand der Pat., welcher sehr gelitten hatte, besserte sich ebenfalls unter dem Einflusse von Kal. brom. Die arzneiliche Behandlung wurde nun Januar 1887 ausgesetzt, und 6 Monate später hattte sie eine allgemeine Convulsion. Diese war von solchen häufiger als vorher, gefolgt, von Kräfteverlust im rechten Arm und Schmerz in den Augen begleitet; oft stellte sich vorhergehend Schmerz im linken Auge ein (ocular Aura). Der geistige Zustand verschlimmerte sich; einfältige und hysterische Disposition. Eine eingehende Untersuchung ergab: Dynamometer, rechts 9,5, links 18,0; Kniereflex normal, und gleich auf beiden Seiten; kein Fussclonus; Sehkraft gleich auf beiden Augen; myopia; sonst nichts Abnormales. Genaue Localisation waren unmöglich, da ausgebreitete Suppuration stattgefunden hatte. Der unbestreitbare Ursprung der Epilepsie in der Verwundung des Schädels und den Folgen derselben rechtfertigten einen operativen Eingriff; umsomehr als die Symptome auf eine locale Irritation hinwiesen. Die Anfälle setzten fort bis zum Tage der Operation (Juni 11. 1889). *Operation:* Eine halbkreisförmige Incision von 5 Zoll Länge wurde gemacht. Die alte Narbe durchschnitten und zunächst eine Quantität Serum entleert. Eine, 1 Zoll im Umfang, runde Oeffnung des Schädels bot eine Cyste dar, welche mit der Gehirnrinde adhärent war. Diese sowohl, als Narbengewebe wurden von der Oberfläche der Cortex und des Schädelknochens entfernt, wobei so wenig als möglich von der Cortexsubstanz selbst mitentfernt wurde. Ein scharfes Stück Knochen welches vom vordern Wundrande hervorstand, wurde ebenfalls entfernt. Das obenerwähnte Narbengewebe war ziemlich zähe, und stark mit der Cortex verwachsen. Nach der Entfernung desselben glich die Oberfläche des Gehirns ganz dem normalen Zustand. Die Blutung war beträchtlich aber nicht sehr störend. Schluss der Wunde. Keine Drainage. — Die Pat. erholte sich schnell von dem Effect der Anästhesie und der Operation. Zur Zeit der Veröffentlichung dieses Artikels ($9^1/_2$ Monate nach der Operation) befindet sich Pat. sehr wohl; sie besucht die Schule regelmässig nnd nimmt auch Musikunterricht. Da die Symptome, wegen welcher diese Operation ausgeführt wurde, nicht wieder erschienen, so nehmen die Autoren eine locale Ursache an, bestehend entweder in, 1. den Knochensplitter als direkter Reiz, 2. der Cyste als direkter Reiz, oder 3. der festen Zusammenziehung der dichten Narbe, welche das Gehirn auf den Knochen oder Cyste zog und da festhielt. Im Falle sich in solchen Fällen neue Adhäsionen mit einer unebenen Oberfläche bilden sollten, würden wahrscheinlich, ähnliche Symptome wiedererscheinen. Um Adhäsionen vorzubeugen, schlägt B. die Einlage eines dünnen aseptischen Goldblättchens zwischen Gehirnoberfläche und äusseren Wundlappen vor. F. H. Pritchard (Boston).

---

367) **H. Oppenheim** und **R. Kochler** (Berlin): Casuistischer Beitrag zum Capitel der Hirnchirurgie. (Berliner klin. Wochenschr. 1890. 30.)

Eine 26 jährige Frau mit Kopfschmerz und psychischen Störungen, Monoplegie facio-brachialis sinistra, Abstumpfung der Sensibilität in der linken Gesichtshälfte und am linken Arm. Die Anamnese ergab, dass sich diese Lähmungserscheinungen seit einem halben Jahre schubweise im Anschluss an Anfälle corticaler Epilepsie, die ebenfalls in der linken Gesichtshälfte begannen und sich auf den linken Arm und zwar in characteristischer Weise zuerst auf Daumen und Zeigefinger fortsetzten, entwickelt hatten. Obgleich Stauungspapillen, Pulsverlangsamung und Erbrechen fehlte, diagnosticirte O. eine in der r. motor. Zone sitzende Neubildung. Nach einer Innunctionscur — obgleich Syphilis in Abrede gestellt wurde — steigerten sich die Gehirnsymptome. Trepanation durch Omegaschnitt. Eröffnung einer Cyste. Auffällige schnelle Besserung aller Symptome. Das trepanirte Knochenstück wird mit eingeheilt. Vorstellung des Pat. 7 Wochen nach der Operation. Erlenmeyer.

---

368) **Gilles de la Tourette**: Modifications apportées à la technique de la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice et de quelques autres maladies du système nerveux. (Le Progrès médic. 1890. Nro 23.)

Seit dem 29. März 1889, dem Zeitpunkte der letzten Veröffentlichungen Charcots über die Erfolge der oben genannten Methode, wurden eine weitere grosse Anzahl Kranker mit den verschiedenartigsten Affectionen des Nervensystems vermittelst Suspension behandelt. Nennenswerthe Resultate wurden jedoch nur bei 3 Gruppen von Kranken erreicht: die erste betrifft die Ataktiker, die zweite die an Paralysis agitans, die dritte die an chronischer Ischias Leidenden. Kranke mit Paralysis agitans in der mittleren Periode der Erkrankung werden gebessert, namentlich in Hinsicht auf den allgemeinen Gesundheitszustand, Schlaf und Nachlass der Rigidität. An Tabes wurden mehr als 500 Individuen behandelt, im Allgemeinen kann man, wenn man je 100 dieser Kranken herausgreift, diese 100 folgendermassen in Bezug auf die nach 30—40 Sitzungen erreichten Resultate eintheilen: 20—25 wurden gebessert in Hinsicht auf die Totalität der Beschwerde, namentlich die lancinirenden Schmerzen, die Incoordination, die Störungen von Seiten des Urin- und Geschlechtsapparates, ohne dass jedoch Aenderung in den Sehstörungen und den Westphal'schen Phänomen eintrat. 30—35 erfuhren eine Besserung eines oder mehrerer Symptome jedoch nicht aller. Die übrigen circa 35—40% blieben ohne Aenderung oder es wurde nur eine sehr vorübergehende Besserung erreicht. Bei den ersten beiden Kategorien waren die erreichten Resultate dauernde, vorausgesetzt, dass die Suspension fortgesetzt wurde unter später zu besprechenden Bedingungen. Mit Ausnahme weniger Fälle von vorübergehender Syncope, zwei Fälle von temporärer Radialislähmung in Folge Compression, traten nie ernste Unglücksfälle auf bei circa 10000 Suspensionen.

Bei der Ausführung der Suspension ist vor Allem Bedingung, dass die betreffenden Individuen auch die Suspension vertragen können; so vertragen einzelne Kranke leicht eine Suspension von 1—2 Minuten, dann aber treten

Ohrensausen, Schwindel auf, und es würde Syncope eintreten, wenn die Suspension nicht sofort unterbrochen wird. Diese Anzeichen von beginnender Syncope scheinen hauptsächlich — abgesehen von Herzkranken — bei jungen anämischen Individuen aufzutreten, denen die Suspension eine lebhafte Besorgniss einflösst. In diesen Fällen muss man ganz allmählig und langsam die Dauer der Sitzung verlängern und von allen Dingen die Aufmerksamkeit des Kranken abzulenken suchen, mit ihnen sprechen etc; auf diese Weise gelangt es oft, die Suspension glücklich auszuführen und selbst auf 3 Minuten auszudehnen, die sonst bestimmt gescheitert wäre. Ist in dieser Weise das Verfahren zwei- bis dreimal geglückt, so tritt später Syncope nicht mehr auf. Verf. hält es ferner für wichtig, bei der Suspension sich nicht der Sayre'schen sondern der von **Motchoutkowsky**, dem Erfinders der Behandlung, modificirten Apparates zu bedienen. Derselbe, dessen Abbildung beigegeben ist, unterscheidet sich von den Sayre'schen dadurch, dass, während das Nackenstück bei beiden fest ist, das Kinnstück bei dem modificirten Apparate beweglich ist, so dass es mit Hilfe eines kleinen Riemens verlängert und verkürzt werden kann. Der Apparat legt sich daher dem Kopf des Kranken ganz genau an, während der Sayre'sche das nicht kann; der Kopf wird auf diese Weise in seiner physiologischen richtigen Stellung erhalten, und die in Folge fehlerhafter Haltung leicht eintretende Compression wird vermieden. Endlich hat der die beiden Stücke verbindende Riemen genügend Spielraum durch zwei auf den vorderen Stücken befestigte Schnallen, so dass eine Compression von Nerven oder Gefässen durch den Riemen nicht zu befürchten ist.

Tritt bei der Behandlung nach 20—30 Sitzungen keine Besserung ein, so soll man die Cur unterbrechen, jedoch nach $1\frac{1}{2}-2$ Monaten das Verfahren wieder aufnehmen; man wird vielfach dann doch noch Erfolge erzielen, doch soll die Unterbrechung nie weniger als $1\frac{1}{2}$ Monate betragen. In gleicher Weise soll man, wenn bei einzelnen Kranken, die schon ziemlich lange suspendirt wurden, die Besserung an einer bestimmten Grenze stationiär bleibt, eine Unterbrechung von $1\frac{1}{2}$—2 Monaten eintreten lassen; die Wiederaufnahme des Verfahrens führt dann weitere Besserung herbei, ohne dass die günstigen Folgen der ersten Suspensionen während der Unterbrechung in Frage gestellt werden. Holtermann.

---

369) **G. Lumbroso** (Livorno): Studio clinico e sperimentale del meccanismo d'azione della sospensione nella cura della tabe e disaltre malattie del sistema nervoso. (Rivista clinica. Archivio italiana di clinica medica. 1890.)

Verf. hat an Kaninchen die Wirkung der Suspension zu studiren versucht. Er variirte die Versuche, indem er an dem Rumpfe der Kaninchen verschiedene Gewichte befestigte, um so in etwa das beim Menschen obwaltende Gewichtsverhältniss herzustellen. Schon bei nichtbelasteten Kaninchen beobachte L. in Folge der Suspension Athmungs- und Pulsbeschleunigung; bei belasteten Kaninchen konnte man Lähmungen beobachten. Bei der Section fand L. eine beträchtliche Hyperämie des Rückenmarks zumal der grauen Substanz der Cervicalregion; in einzelnen Fällen waren kleinere oder grössere Haemorrhagien vorhanden. L. glaubt, dass dieser Hyperämie während der Suspension starke Anämie vorhergeht. Bei der Suspension wird die Wirbel-

säule etwas verlängert, desgleichen wenn auch in geringerem Grade das Rückenmark selbst; ausserdem constatirte L. eine Zerrung der hinteren Wurzeln. Auf Grund dieser Resultate wird eine Erklärung der in der Literatur berichteten Heilresultate versucht und daran werden einige praktische Vorschläge geknüpft: Man soll bei der Suspension mit wenigen Sekunden anfangen um allmählich bis zu einer Minute zu kommen. Durchschnittlich soll man nicht mehr wie 20 Sitzungen nach einander abhalten. Contraindicirt erscheint die Suspension bei allen an Krankheiten des Circulationsapparates Leidenden. Dahingegen wird man die Zahl der Rückenmarkskrankheiten, bei denen man von der Suspension Erfolg hofft, noch beträchtlich ausdehnen können. Endlich fügt Verfasser zu den zahlreichen Modifikationen des Suspensionsapparates noch eine neue, deren wesentliche Aenderung darin besteht, dass die Schwebe an dem kürzeren Arme eines eisernen zweiarmigen Hebels befestigt ist, während durch Belastung des längeren Armes mit Gewichten jener emporgehoben wird. Strauscheid.

---

370) **W. Erb** (Leipzig): Dystrophia muscularis progressiva. — (Sammlung Klinischer Vorträge. Neue Folge Nro. 2. Leipzig, 1890.)

Wer sich auf dem vielfach noch dunklen Gebiete der progressiven Muskelatrophie resp. Hypertrophie schnell und sicher orientiren will, der kann sich keines besseren Führers bedienen als des berühmten Leipziger Neuropathologen, welcher in diesem Vortrage mit meisterhafter Darstellung und Klarheit die Untersuchungen anderer Autoren und seine eigenen zusammenfasst und ein vollständiges Bild von dem augenblicklichen Stand der Fragen und des Wissens über dieses Gebiet giebt.

Als Dystrophia muscularis progressiva fasst E. eine Reihe von Krankheitsformen zusammen, welche früher als besondere Krankheiten beschrieben und aufgefasst wurden: *Die Pseudohypertrophie*, die (Leyden'sche) *hereditäre Muskelatrophie*, die von E. selbst beschriebene *juvenile Muskelatrophie* und die *infantile Muskelatrophie von* Landouzy und Dejerine. E. beschreibt zunächst 6 Fälle, welche den verschiedenen Formen angehören, eingehend und macht auf die zum Theil weitgehende Uebereinstimmung in allen diesen Fällen aufmerksam: die ganz langsam und schleichende Entwickelung, sehr häufig auf Grund hereditärer resp. familärer Einflüsse; die allmähliche Herausbildung eines weit verbreiteten Schwundes zahlreicher Muskeln combinirt mit Hypervolumen anderer Muskeln; die merkwürdige Uebereinstimmung in der Lokalisation, indem fast immer die genau gleichen Muskeln vorwiegend von Atrophie und andere wieder vorwiegend von der Hypertrophie betroffen werden; die Art und Weise dieser Localisation am Rumpf, in der Schulter und Lendengegend und an den proximalen Theilen der Glieder; die dadurch herbeigeführten Störungen der Körperform, der Körperhaltung, der Bewegungen, des Ganges; die Reaction der Muskeln auf mechanische und elektrische Reize, besonders das Fehlen der E R; das Fehlen der fibrillären Zuckungen; das allmählige Schwinden der Sehnenreflexe und endlich das Fehlen aller Störungen in der Sensibilität, der Sphinkteren, der Hirn- und Sinnesnerven und der inneren Organe. Dieser Uebereinstimmung in allen wesentlichen Punkten gegenüber scheinen dem Verfasser die Verschiedenheiten, was Zeit und Raschheit der Entwickelung, Localisation des Beginnes und Quantität

der einzelnen Erscheinungen besonders der Hypertrophie betrifft so untergeordneter Natur, dass sich in ihm die Ueberzeugung von der Zusammengehörigkeit aller Formen zu einer klinischen Krankheitseinheit immer mehr befestigt hat. Diese klinisch einheitliche Krankheit wird um genauer mit Symptomen, Differentialdiagnose, pathologische Anatomie, Prognose und Therapie, (welche letzteren ziemlich trostlos sind) beschrieben. Was die pathologische Anatomie betrifft, so zeigen nach E. auch die Muskelbefunde bei den verschiedenen Formen der Dystrophie in allen wesentlichen Punkten fast völlige Uebereinstimmung, während die scheinbaren Verschiedenheiten nur durch quantitative Unterschiede der einzelnen histologischen Veränderungen und durch die wechselnde Combination derselben in den verschiedenen Stadien, Muskeln und Individuen bedingt sind. Trotz der in der Regel negativen Befunde im Nervensystem ist E. aus einer Reihe von Gründen nunmehr doch geneigt die Krankheit für eine Art von Trophoneurose anzusehen, die ihren Sitz in den trophischen Centren des Rückenmarkes hat, und die complicirten Muskelveränderungen als den Ausdruck einer Funktionsstörung in diesen Centren. Dadurch würde eine verwandtschaftliche Beziehung zwischen der Dystrophie und der spinalen Amyotrophie zu Stande kommen.

Hoppe (Allenberg).

---

371) **J. Thomsen** (Kappeln): Beobachtungen über den Selbstmord. (Arch. f. Psych. XXII. s. p. 121.)

Der Verfasser (Kreisphysikus) hat in seinem Bezirke in einem Zeitraume von 60 Jahren 127 Selbstmordfälle beobachtet. Da er einen grossen Theil der Leute persönlich kannte, sind seine Erörterungen über Familienverhältnisse, Vorleben, ätiologische Momente, u. s. w. in einzelnen Fällen sehr interessant. Er theilt die Zustände, auf denen die Katastrophen basirten, in chronische und acute — freilich ohne eine genügend scharfe Trennung der einzelnen Individuen in psychopathische und normale (oder relativ normale) zu geben. Da Verf. nur aus eigener Erfahrung schöpft und daher immer sicher Thatsächliches berichten kann, wäre eine solche Classificirung besonders verdienstlich gewesen. — Nach seiner Auffassung hat er als Ursachen verzeichnet: Geisteskrankheit 30 ×; Trunksucht 30 ×; Heredität 17 ×; Furcht vor Strafe 11 ×; Pubertät 4 ×; Reue 1 ×; Körperl. Leiden 8 ×; Nachahmung 1 ×; Senilität 8 ×; Unermittelt 17 ×.

Es kamen um durch:

Erhängen	64	Männer,	7	Weiber
Ertränken	12	„	20	„
Vergiften	1	„	3	„
Halsabschneiden	4	„	2	„
Erschiessen	9	„	—	„

Langreuter.

---

372) **Sèglas** et **Bezançon** (Paris): Une observation de mélancolie cataleptique. (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. 2. 1890.)

Ein junges zwanzigjähriges Mädchen erkrankte im Jahre 1888; sie war traurig verstimmt, hörte auf zu arbeiten. 8 Tage nachher stellte sich eine Erregungsperiode ein, sie wurde sehr heftig, klagte sich aller Missethaten an. Nach kurzer Zeit verfiel sie in Stupor, that fast nichts mehr, blieb

unbeweglich, sprach kaum. Der Ernährungszustand ging zurück, an den Füssen bildeten sich Blasen; die Extremitäten waren kühl und cyanotisch. Für schmerzhafte Eingriffe hatte Pat. kein Empfinden. Sie leistete allen Anordnungen hartnäckigen Widerstand, machte mehrere Selbstmordversuche. Pat. zeigte ausserdem kataleptoide Zustände; man konnte die Glieder in unbequeme Stellungen bringen, so blieben sie lange Zeit ruhig in derselben, doch durfte man Pat. nicht hierauf aufmerksam machen, dann verschwand das Phaenomen sofort. Zwischendurch war Pat. immer wieder manchmal sehr heftig, lachte oft laut auf ohne jeden Grund, murmelte nicht selten etwas vor sich hin. Zuletzt wechselten Erregungs- und Depressionszustände einander ab.

Verf. lehnt es ab, diesen Fall als Katatonie (Kahlbaum) anzusehen, sondern sieht darin nur einen melancholischen Zustand; wegen des Vorhandenseins von Gesichtsfeldseinengung und Fehlen des Pharynxreflexes und allgemeiner Analgesie glaubt Verf. eine Combination mit Hysterie annehmen zu müssen, was aber wohl fraglich sein dürfte.

Während des Stupors constatirte Verf. oberflächliche Respiration, Verlangsamung des Pulses (52), Herabsetzung der Temperatur, die innerhalb eines Monates nur 3 mal 37° erreichte, oft aber unter 36° war.

Nach dem Vorgange von Charcot (Aufzeichnung der Armbewegungen auf eine Curve) konnte Verf. die Aechtheit der kataleptischen Phaenomene nachweisen; zugleich zeigte er an pneumographischen Curven die Oberflächlichkeit der Athembewegungen, die durch Hervorrufung der kataleptischen Haltungen nicht verändert wurde, sondern nur durch etwaiges plötzliches Lachen der Pat. alterirt wurde. Strauscheid.

373) **H. P. Stearns** (Connecticut): A case not wholly hypothetical.
(American journal of insanity. Oct. 1889.)

Verf. bespricht in einem interessanten Artikel vom psychischen Standpunkte aus das Leben der Königin Christina von Schweden, der Tochter Gustav Adolph's. Er kommt hierbei zu dem Schlusse, dass dieselbe sich ganz auf der Grenze der Geisteskrankheit befunden habe, ohne aber diese Grenze zu überschreiten. Die Details müssen im Original nachgesehen werden. Strauscheid.

374) **G. Seppilli**: Contributo allo studio delle allucinazioni unilaterali.
(Rivista sper. di freniatri e di medic. legale Bd, XVI. Heft 1 u. 2,)

Bei einer 56 jährigen Frau, die zum vierten Male an Melancholie erkrankt war, entwickelten sich im Verlaufe dieser Krankheit eigenthümliche Hallucinationen. Sobald sie den Blick nach der linken Seite wandte, erschien ihr in einem bestimmten Punkte, ca 1 Met. vom Körper ab, der Teufel; sie sah ihn nur mit dem linken Auge und gab eine genaue Beschreibung desselben. Schloss sie das Auge, so verschwand das Bild sofort. Zugleich hörte Patientin auf dem linken Ohre die Stimme des Teufels, der sie verdammte. Die Stimme verschwand wenn sie das Ohr verstopfte. Pat. hörte auf beiden Ohren Geräusch und Zischen und sah auf beiden Augen jedoch vorzüglich links Funken und leuchtende Strahlen. Ophthalmoscopisch fand man eine Chorioidalhyperaemie.

Eine andere 43 jährige Frau hört auf dem linken Ohre die Stimmen unreiner Geister die sie verdammen. Die Kranke braucht nur das Ohr zu verstopfen um die Stimmen nicht mehr zu hören; sie hört auf deiden Ohren Geräusche.

Verf. benutzt diese Beobachtungen im Verein mit anderen aus der Literatur beigezogenen zum Nachweise, dass einseitige Hallucinationen durch eine periphere Laesion der Sinnesorgane veranlasst sein können. Zugleich aber sucht er an anderen in der Literatur verzeichneten Beispielen zu beweisen, dass einseitige Hallucinationen auch nur durch Reizzustände der sensorischen Corticalcentren bedingt sein können, ohne dass die peripheren Sinnesorgane irgend welche Abnormität darbieten.

Von 26 in der Literatur aufgeführten Fällen betrafen 19 die linke und nur 7 die rechte Seite; 14mal handelte es sich um Gehörshallucinationen, 10mal um Gesichtshallucinationen, 2mal um eine Combination beider.

Das von der ersten Patientin auf dem linken Auge wahrgenommene Bild des Teufels verhielt sich genau wie ein reelles Bild. S. konnte dasselbe durch einen vor das Auge gehaltenen opaken Körper zum Verschwinden bringen, es durch ein Prisma verdoppeln, durch geeignete Linsen entfernen oder nähern, durch einen Spiegel es reproduciren lassen. Es ist dies Phaenomen wohl mit Binet dahin zu erklären, dass das hallucinirte Bild unbewusst mit einer wirklichen, von aussen kommenden Sensation verknüpft wird, so dass jede Veränderung, welche letztere nach den Gesetzen der Optik erfährt, sich auch auf das erstere überträgt.

Desgleichen sprechen die beobachteten Hallucinationen, wie auch alle Fälle von Verdoppelung der Hallucinationen für eine gewisse functionelle Unabhängigkeit beider Gehirnhemisphären. Strauscheid.

---

375) **H. M. Bannister** (Illinois): A case of general paralysis. (American journal of insanity October 1889.)

Der berichtete Fall betrifft einen 44 jährigen Mann, der 1/2 Jahr nach seiner Aufnahme ins Hospital starb. Auffallend war die ganz ausserordentliche Heftigkeit des Pat., wie sie Verf. nur wieder in einigen Fällen von Furor epilepticus kurz dauernd sah; dieselbe machte jede ärztliche Einwirkung auf den Pat. selbst dann, als er schwer fiebernd darniederlag unmöglich. Eingeleitet wurde dieser bis zum Tode enthaltende Furor durch einen aufregenden Brief, den Pat. von einem Freunde empfing. Im Verlauf der Aufregung erlitt Pat. bei einem Handgemenge mit einem andern Kranken einen Rippenbruch. Er legte sich nun zu Bett. Die Temperatur konnte nicht genau gemessen werden, betrug aber mindestens 41,5. Verf. glaubt eine Lungencomplication ausschiessen zu können. Nach einigen Tagen Schwellung und schwärzliche Verfärbung der Genitalien, Kälte und Verfärbung der Extremitäten, dann Tod. Die Obduction wurde nicht erlaubt. Strauscheid.

---

376) **H. E. Allison** (New-York): On a general system of reporting autopsies in American asylums for the insane. (American journ. of insanity Oct. 1889.)

Ausgehend von den Fortschritten, welche die Erkenntniss der Nervenkrankheiten überhaupt gemacht hat, und anknüpfend an die so häufige Beobachtung von Gehirnanomalien bei den Autopsien Geisteskranker tritt Verf. energisch dafür ein, dass man in allen amerikanischen Staatsanstalten, wie

das auch in England geplant ist, bei jeder Obduction den Befund in ein einheitliches Schema, wie er ein solches versuchsweise entworfen hat, eintrage. Dürfe man auch nicht erwarten sofort glänzende Resultate zu gewinnen, so werde doch sicher die einheitliche Benutzung aller, manche dunkle Punkte aufklären und allmählich auch dazu führen, für alle Psychosen eine pathologisch-anatomische Grundlage zu gewinnen. In den Anstaltsberichten sollte von jetzt ab eine ständige Rubrik für die Obductionsbefunde existiren.

Strauscheid.

---

377) **G. H. Sinclair** (Halifax): An intersting case of fasting. (American journal of insanity Juni 1889.)

Ein 40 jähriger Mann erkrankte nach einem Sonnenstiche an Melancholie. In die Anstalt gebracht klagte er über Kopfschmerzen, war sehr reizbar; er schob seine Krankheit anf seine Vollblütigkeit und wollte desshalb nichts mehr essen. Er genoss demnach in der That vom 15. Aug.—2. Sept. nur Morgens und Abends etwas Kaffee mit Milch und Zucker (?) Dabei ging er im Körpergewicht nur von 194 auf 180¾ Pfund zurück. Er fühlte sich darauf weit besser und verlangte dann von selbst wieder nach fester Nahrung. Angeblich hat er auch schon früher öfters 14 Tage gefastet, was ihm auch nach den ersten 24 Stunden nichts mehr mache. Verf. theilt den Fall mit, um zu zeigen, wie weit man nachgeben darf, bevor man zur Zwangsfütterung schreitet. Strauscheid.

---

378) **U. Stefani** (Ferrara): Sul polso di un demente paralitico affetto da vizio composto dell' aorta. (Archivis ital. per le malattie nervose 1890. Heft 3.)

St. beobachtete bei einem 34 jährigen Paralytiker einen eigenthümlichen dikroten Puls, dessen sphygmographische Curve ein ziemlich complicirtes Bild gab. Ein genaueres Eingehen auf die sinnreichen Untersuchungen des Verf. behufs Eruirung der Ursachen dieser Erscheinung gehört nicht hierhin. Post mortem fand man eine Insufficienz mit relativer Stenose der Aorta. Den Interessenten kann die durch zahlreiche Pulskurven illustrirte fleissige Arbeit empfohlen werden. Strauscheid.

---

379) **Gucci** (Firenze): Le operazioni chirurghiche come causa di pazzia 2a comunicazione. (Riv. sper. di fren. Bd. 16 Heft 1 und 2.)

Verf. theilt die Krankengeschichte von 3 Personen, die nach Operationen erkrankten mit. Im ersten Fall handelt es sich um ein Mädchen, das nach Amputatio mammae melancholisch wurde; die Krankengeschichte lässt deutlich erkennen, dass für das Entstehen der Psychose nur der Gram über die Entstehung in Frage kam. Aehnlich verhielt es sich bei einem Patienten, dem der eine Hoden entfernt werden musste. Anders dagegen liegt die Sache bei einem 73 jährigen Manne der infolge der Operation einer incascerirten Hernie an akuter Demenz erkrankte. Verf. knüpft hieran noch einige allgemeine Betrachtungen über das vorliegende Thema.

Strauscheid.

---

380) **Th. Diller** (Danville U. S.): Circular insanity. A contribution to the study of the affection. Report of a case. (The alienist and neurologist. April 1890.)

Verf. referirt einen Fall von circulärem Irresein, der eine Frau von 33 Jahren betrifft, welche seit ihrem 15. Lebensjahre mit einigen langen Unterbrechungen krank war. Weder der Fall selbst, noch die daran geknüpften Betrachtungen bieten etwas besonders Neues. Strauscheid.

---

381) **R. Percy Smith** (Bethlem Hospital) and **A. T. Myers** (Belgrave Hospital): On the treatment of insanity by hypnotism. (Die Behandlung von Psychosen durch die Hypnose.) (The Journal of mental science, April 1890.)

Nach einer übersichtlichen Wiedergabe von 56 meist günstig durch den Hypnotismus beeinflussten Fällen, welche von Voisin, Dufour, Burchhardt und Forel mitgetheilt sind, berichten Verff. über die von ihnen erzielten Resultate bei der Anwendung des Hypnotismus zur Behandlung psychischer Störungen. Es wurde diese Behandlungsmethode in 21 Fällen eingeschlagen; doch konnten die Erfolge nicht als zu neuen Versuchen ermuthigend bezeichnet werden. Nämlich nur in 4 Fällen von Melancholie mit Nahrungsverweigerung liess sich ein günstiger Finfluss beobachten; und hier wieder war der Erfolg einmal auf Suggestion à veille zurückzuführen, in den drei andern Fällen mehr auf den Einfluss der Person als auf die Hypnose selbst. Nur bei zwei Kranken gelang die Hypnose vollkommen; die eine von ihnen, eine Melancholische, erwies sich jedoch nicht suggestibel, die zweite, eine erotische Hallucinantin, schien sich anfangs unter der Behandlung zu bessern, doch schon nach wenigen Tagen gelangen die Hypnosen nicht mehr. Ascher.

---

382) **A. Tambroni et U. Stefani** (Ferrara): Dell' uralio e del suo valore terapeutico nelle malattie mentali. (La Psichiatria. 1889. Heft 3 u. 4.)

Das Ural ist ein Derivat des Chloralhydrats und des Urethan; es ist eine weisse krystallinische Substanz, die sich leicht in Alcohol, schwer in Wasser löst. Er ruft in Dosen von 2 — 3 Gramm bei Gesunden wie bei Kranken einen leichten, mehrstündigen Schlaf hervor; derselbe tritt circa 1 Stunde nach der Verabfolgung des Mittels ein. Am Tage kann man keinen Schlaf mit dem Mittel hervorrufen, es tritt nur eine gewisse Schwere des Kopfes ein. Der Puls wird etwas beschleunigt, in manchen Fällen auch der Blutdruck etwas herabgesetzt. Magenstörungen verursacht das Medicament nicht. Es hat sich den Verfassern auch bei den verschiedensten Psychosen als Schlafmittel bewährt. Selbst bei anhaltendem Gebrauche haben sie keine besonderen Nachtheile beobachtet. Sie rechnen dasselbe zu den vorzüglichsten Schlafmitteln, das nur dem Chloralhydrat nachsteht, dafür aber auch weit ungefährlicher ist als letzteres. Strauscheid.

---

383) **P. Ladame** (Genf): Hypnotismus und Suggestion in der Behandlung der Trunksucht und Dipsomanie. (Internat. klin. Rundschau. Nro. 21 u. 22. 1890.)

Verf. theilt 4 Krankengeschichten von Alkoholisten mit, bei denen er durch hypnotische Suggestion einmal einen 2 Jahre anhaltenden Dauererfolg, 3 mal nur vorübergehende Heilung erzielte. Die Erzielung eines tiefen hypnotischen Schlafes gelang meistens erst nach mehreren Sitzungen; suggerirt wurde vollkommene Alkoholabstinenz. Zugleich aber wurden die Patienten

einer strengen Ueberwachung unterworfen, die jede Zufuhr von Alkohol unmöglich machte.

L. glaubt auf Grund dieser seiner Erfahrungen, dass in Anbetracht der Fruchtlosigkeit der sonstigen Therapie des Alkoholismus die hypnotische Suggestion in geeigneten Fällen ein sehr werthvolles therapeutisches Heilmittel ist, welches manchen Erfolg verspricht. Strauscheid.

384) **E. Morselli** (Genua): Su alcune anomalie dell'osso occipitale negli alienati. (Riv. sperim. XII; 3)

Verf. untersuchte an 200 Schädeln von Geisteskranken das Hinterhauptsbein und konnte daran folgende Abnormitäten constatiren. In 1,5 % war eine *Verschmelzung des os occ. mit dem atlas* vorhanden. Dabei ist der letztere in der Regel nach der einen oder der anderen Seite verlagert, so dass das Hinterhauptsloch eine ganz unregelmässige Gestalt gewinnt. Zu gleicher Zeit sind die Oeffnungen für die Arterien und Hirnnerven deformirt und auf beiden Seiten ungleich. Manchmal ist die Verschmelzung der beiden Knochen eine derartig innige, dass man an dem Praeparate von dem hinteren Bogen des atlas kaum noch etwas zu entdecken vermag. Bei Geistesgesunden ist der Procentsatz dieser Anomalie nur 0,64.

In 1,5 % seiner Fälle beobachtete M. das Vorkommen *eines dritten Condylus* am Hinterhauptsbeine. Häufiger findet man Asymmetrie zwischen den beiden normalen Condylen, von denen der eine eine sehr viel grössere Artikulationsfläche hat und weit mehr nach vorne reicht. Oefters sieht man von einem der beiden Condylen knöcherne Fortsätze nach vorn auf die pars basilaris oss. occ. hinziehen. Endlich sieht man zuweilen an der vorderen zwischen den beiden Condylen gelegenen Partie des oss. occ. wirkliche freie Knochenvorsprünge, die aber keine Gelenkfläche zeigen. Von allen diesen Vorkommnissen ist zu trennen das Vorhandensein einer wirklichen Gelenkfläche für den proc. odont. epistr., was Verf. in 1,5 % beobachtete, während es bei Geistesgesunden nur in 0,25 % gefunden wird.

In 2,5 % fand sich eine sehr *hochgradige Asymmetrie beider Condylen*. So war z. B. in einem Falle der rechte Condylus 6 mm höher und zugleich anderthalb mal so breit wie der linke. Welche Folgen diese Anomalie für die Stellung der Halswirbel hatte, konnte Verf. nicht verfolgen, da ihm die Präparate der Wirbelsäule fehlten.

Bei 0,5 % fand sich ein *os basioticum* angedeutet. Der vordere Theil der pars basilaris oss. occ. war von dem das Hinterhauptsloch umgebenden Knochenwalle auf der rechten Seite durch eine 15 mm lange transversale Fissur getrennt. Verf. erwähnt des näheren die Verwendung der Persistenz des os basioticum für die Aufstellung von Albrechts Theorie von den Schädelwirbeln.

Eine *Rachengrube* konnte M. in 3 % seiner Fälle constatiren. Sie besteht bekanntlich in einer Ausbuchtung der unteren Fläche der pars basilaris oss. occ. vor dem tuberculum pharyngeum. Sie kommt bei einer Reihe von Robben constant vor, liegt aber dort etwas mehr nach hinten.

Die besonders durch Lombroso's Untersuchungen bekannt gewordene *mittlere Hinterhauptsgrube* fand M. in 14 % seiner Fälle. Bekanntlich fand Lombroso bei seinen Verbrecher-Untersuchungen in 16 % der Fälle diese Anomalie. So geben also auch diese Untersuchungen Zeugniss für die ge-

naue Analogie, welche zwischen Irresein und Verbrecherthum in Bezug auf die Degenerationsmerkmale besteht, mögen letztere nun als atavistischen oder als pathologischen Ursprungs aufgefasst werden. Strauscheid.

385) **Luis Frigerio**: La oreja externa, estudio de antropología criminal. (L'orechio esterno, studio die antropoligia criminale.) (Valladolid, L. Minon, 1889. pag. 75.)

In spanischer und italienischer Sprache neben einander gedruckte sonst nur durch unwesentliche redactionelle Aenderungen von der ursprünglich in französischer Sprache (unter dem Titel: l'oreille externe, par le Docteur L. Frigerio, Lyon-Paris 1888) erschienenen Untersuchung über die Morphologie des äusseren Ohrs abweichende Veröffentlichung.

Verf. bestätigt, dass die Ohrmuschel allerdings einen sehr werthvollen Indicator für das Vorhandensein angeborener Degeneration angiebt. Am auffälligsten sind natürlich die anatomischen Abnormitäten des äusseren Ohres, aber auch die absolute, wie die relative Grösse desselben und des Ohrläppchens im Speciellen, und ganz besonders der sogenannte Auriculotemporalwinkel, d. h. der Winkel, unter welchem sich das Ohr an die Seitenfläche des Kopfes ansetzt, sind von grösserer Wichtigkeit.

Dieser Auriculotemporalwinkel wächst vom normalen Menschen, bei dem er zwischen 50—70° zu betragen pflegt, bis zu über 100° bei Irren und Verbrechern, während er z. B. bei Affen selten unter 100° herabsteigt.

Sonstige Einzelheiten und besonders die statistischen Ergebnisse der Untersuchung müssen natürlich im Original nachgesehen werden, in dessen Tabellen ein reiches Material für weitere Forschungen enthalten ist. Doch mag hier noch die Beobachtung erwähnt werden, dass an den zahlreichen Portraitbüsten der römischen Imperatoren des ersten Jahrhunderts viele Ohrabnormitäten ausgedrückt sind. Diese müssen daher sehr ausgeprägt gewesen sein, da man doch wohl annehmen darf, dass sie sonst von dem Schönheitsgefühl der Künstler vernachlässigt sein würden. Jetzt dienen sie dazu, auch den somatischen Nachweis für die historisch wohl beglaubigte Entartung der Claudier u. s. w. zu führen. Sommer.

386) **E. Morselli** (Genua): Omicidio volontario e ferimento grave per imenomania in un degenerato imbecille. (Riv. sper. di freniatria e di med. legale. 1890. Bd. XVI. Heft 1 und 2.)

Ein 38jähriger schwachsinniger Lastträger belästigte nach einander mehrere gesellschaftlich weit über ihm stehende Mädchen mit Heirathsanträgen. Trotz der mannigfachsten Abweisungen redet er sich ein, von dem 3. Mädchen, an welches er sich wendet, wiedergeliebt zu werden; er lässt dasselbe nicht aus den Augen, sondern belästigt es fast unausgesetzt. Als das Mädchen sich mit einem andern Herrn verheirathet, will er sich mit der Mutter begnügen. Als aber nach einiger Zeit jenes wieder nach Hause zurückkehrt, sinnt er auf Rache und führt diese auch aus, indem er die Tochter ersticht, die Mutter schwer verletzt.

Der Verbrecher wird dem Verf. zur Beobachtung übergeben. Dieser weist nach, dass es sich um einen Schwachsinnigen handelt, der an episodischen Erregungs- und Depressionszuständen von degenerativem Cha-

rakter leidet. Auf diesem Boden hat sich ein erotischer Verfolgungswahn entwickelt, hervorgegangen aus der krankhaften Sucht mit höhergestellten Frauen sich zu verheirathen (Hymenomanie), was ihm natürlich nur stets Zurückweisungen zuzog. Letztere haben ihn endlich so erregt, dass er den Mord beging, von dessen Strafbarkeit er keinen rechten Begriff hat.

Es ist diese Hymenomanie wohl zu unterscheiden von der Sucht nach geschlechtlichem Umgang. Kranke der ersten Art suchen zunächst nur eine Frau und eine Mitgift, sie wurden daher auch von Lombroso keusche Monomaniaci genannt. Strauscheid.

---

388) **v. Krafft-Ebing** (Graz): Belastung. Cocainismus. Zweifelhafte Berufsthätigkeit als Arzt. Gerichtsärztliches Gutachten.

(Friedreich's Bl. f. ger. Med. 40. Jahrg. Heft 5. Septbr. u. Octbr.)

Anamnese. Die K. K. Bezirkshauptmanschaft D. erfordert Gutachten über den Geisteszustand des am 26. 11. 1888 wegen chronischer Entzündung der Scrotalhaut in das Krankenhaus aufgenommenen 48 jährigen, verheiratheten Wundarztes L. Derselbe früher tüchtiger und beliebter Arzt, soll sich seit einiger Zeit aus Kummer über die Excesse seiner Ehefrau in baccho et venere dem Trunke ergeben haben. L. zieh sie der ehelichen Untreue, die jedoch in der Weise, wie er sie behauptete, nicht denkbar war. Explorat giebt an, sich seit Jahresfrist wegen pruritus des Armes zuerst Morphium-, dann Cocain-Einspritzungen gemacht zu haben und allmählig auf 1 Gr. Cocain täglich gekommen zu sein. Seit 20 Jahren verheirathet, habe er seine Frau als sehr sinnlich bis zur Onanie, kennen gelernt und schon im fünften Jahre der Ehe sie auf ehelicher Untreue ertappt. Auch dem Trunke sei sie von jeher ergeben, und habe sieben Mal geboren. 2 Mal habe er im Laufe des Jahres Scheidungsklage gegen sie eingereicht, aber wieder zurückgenommen.

Patient ist mittelgross, gracil, in der Ernährung herabgekommen, blutarm. Pupillen mittelweit, rechte etwas weiter, reagiren normal. Puls über 110. Chronisch entzündliches Infiltrat der Scrotalhaut in Folge vieler Cocain-Injectionen. Grosse Emotivität. Die plötzliche Entziehung des Cocain wird gut vertragen. Patient wird immer frischer und findet Ende December, dass er betreffs der ehelichen Untreue seiner Frau in Folge seines Cocainismus Manches aus der Luft gegriffen habe. Er hält seine Frau für psychopathisch, worin er durch die Abstammung derselben aus belasteter Familie, durch abnormen Schädel und Trinkerhabitus bestärkt wird, und will sie künftig als Kranke behandeln. Patient wird am 5. 1. 1889 geheilt entlassen.

Gutachten. 1. L. ist hereditärer Neuropathiker.

2. Theilerscheinung seines abnormen Charakters bildet Eifersucht, welche, durch das incorrecte Benehmen der Ehefrau gesteigert, in Folge Missbrauch von Alkohol und Cocain zu Eifersuchtswahn geführt hat.

3. L. ist wieder vollkommen geistig gesund und nur durch seine Belastung zu geistiger Erkrankung disponirt. Die Ausübung der ärztlichen Praxis kann ihm unbedenklich gestattet werden. Landsberg (Ostrowo).



Inhalt des November-Heftes.

Nro. 445) F. Peterson, A case of locomotor ataxia associated with nuclear cranial nerve palsies and with muscular atrophies.

b) Gehirn.

Nro. 346) B. Imrédy, Ein Fall von linksseitiger Hemiplegie als Complication bei Typhus abdominalis.

Nro. 347) Jegarow, Zur Symptomatologie der Gliomatose des Rückenmarks.

Nro. 348) Kirilzew und Mamurowski, Zur Lehre von der aufsteigenden Landry'schen Paralyse.

Nro. 349) Kornilow, Arthropathia tabidorum und deren Beziehungen zur Syphilis.

Nro. 350) Minor, Centrale Haematomyelie.

Nro. 351) K. Cramer, Zur Lehre von der Aphasie.

Nro. 352) P. Menzel, Beitrag zur Kenntniss der hereditären Ataxie und Kleinhirnatrophie.

Nro. 353) Oppenheim, Zur Pathologie der Grosshirngeschwülste.

c) Neurosen.

Nro. 354) Thom. Buzzard, Vertigo of bulbar origine.

Nro. 355) Overezkowski, Materialien zur Lehre von der hysterischen Taubheit.

Nro. 356) J. H. Schreiber, Ueber einen Fall von Athetosis spastica.

Nro. 357) Hugo Summa, On Xerostomia.

Nro. 358) Georg Güth, Ueber den diagnostischen Werth einzelner Symptome der traumatischen Neurose.

Nro. 359) G. Gauthics, Sur un cas d'Agromeyelie.

Nro. 360) Felix Peltesohn, Ueber Apsithyria.

Nro. 361) C. Agostini, Sulle variazioni della sensibilita generale, sensoriale e reflessa negli epilettici nel perioda interparossistico e dopo la convulsione.

Nro. 362) S. Weir-Mitchell and Ch. W. Burr, Unusual cases of chorea, possibly involving the spinal cord.

Nro. 363) G. L. Walton, Contribution to the study of the traumatic neuropsychoses.

3. **Therapie.**

Nro. 364) Thom. Buzzard, A method of applying electric currents directly in cases of oculo-motor parlysis.

Nro. 365) J. M. Taylor, Two cases of Epilepsie in children, the convulsions starting in the Hand and Arm. Operation; Recovery.

Nro. 366) H. H. A. Beach and J. J. Pútnam, Compound comminuted Fracture of the Skull; epilepsy for five years; operation; Recovery.

Nro. 367) H. Oppenheim und R. Kochler, Casuistischer Beitrag zum Capitel der Hirnchirurgie.

Nro. 368) Gilles de la Tourette, Modifications apportées à la technique de la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice et de quelques autres maladies du système nerveux.

Nro. 369) G. Lumbroso, Studio clinico et sperimentale del meccanismo d'azione della sospensione nella cura della tabe e disaltre malattic del sistema nervosa.

4. **Bibliographie.**

Nro. 370) W. Erb, Dystrophia muscularis progressiva.

B. Psychiatrie.

1. **Pathologie.**

Nro. 371) J. Thomsen, Beobachtungen über den Selbstmord.

Nro. 372) Séglas et Bezançon, Une observation de mélancholie cataleptique.

Nro. 373) H. P. Stearns, A case not wholly hypothetical.

Nro. 374) G. Seppilli, Contributo allo studio delle allucinazioni unilaterali.

Nro. 375) H. M. Bannister, A case of general paralysis.

Nro. 376) H. E. Allison, On a general system of reporting autopsies in American asylums for the insane.

Nro. 377) S. H. Sinclair, An intersting case of fasting.

Nro. 378) U. Stefani, Sul polso di un demente paralitico affetto da vizio composto dell' aorta.

Nro. 379) Gucci, Le operazioni chirurgische come causa di pazzia la comunicazione.

Nro. 380) Th. Diller, Circular insanity. A contribution to the study of the affection.

2. **Therapie.**

Nro. 381) R. Percy Smith, Die Behandlung von Psychosen durch die Hypnose.

Nro. 382) A. Tambroni e U. Stefani, Dell' uralio e del suo valore terapeutico nelle malattie mentali.

Nro. 383) P. Ladame, Hypnotismus und Suggestion in der Behandlung der Trunksucht und Dipsomanie.

C. Degenerations-Theorie und Criminalistik.

Nro. 384) E. Morselli, Su alcune anomalie dell' osso occipitale negli alienati.

Nro. 385) Luis Frigerio, La oreja externa, estudio de antropologia crinimal.

Nro. 386) E. Morselli, Omicidia volontario e ferimento grave per imenomania in un degenerato imbecille.

Nr. 387) v. Krafft-Ebing, Belastung. Cocainismus. Zweifelhafte Berufsthätigkeit als Arzt.

Coblenz, Druck von Philipp Werle (Löhrstrasse 28).

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.
Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.
Herausgegeben von
Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,
dem Begründer des Blattes,
Prof. Charcot in Paris, **van Deventer** in Amsterdam, **Dr. Ireland** in Preston-Pans, **Prof. Kowalewskij** in Charkow,
Prof. Lange in Kopenhagen, **Prof. Lombroso** in Turin, **Prof. Obersteiner** in Wien, **Prof. Seguin** in New-York.
Redigirt von
Dr. Hans Kurella in Kreuzburg.

Verlag von W. GROOS, Königl. Hofbuchhandlung (Kindt & Meinardus).
Coblenz u. Leipzig.

XIII. Jahrgang. **1890 Dezember.** Neue Folge I. Band.

I. Original-Vereinsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Von Dr. Koenig (Dalldorf).

Sitzung von Montag den 10. November 1890.

388) **Bernhardt:** *Zur Aetiologie der Tabes.* (Krankenvorstellung.)

Die 28jähr. Patientin erkrankte vor einem Jahre. Sie zeigte eine leichte Ermüdbarkeit, Ataxie, Romberg, fiel auch oft auf der Strasse hin; Westphal'sches Zeichen; lancinirende Schmerzen, Pupillenreactien vorhanden. Keine hereditäre Belastung. Patientin arbeitete seit 5 Jahren von Morgens früh bis Abends spät an der Nähmaschine. Im October vorigen Jahres hat sie sich verheirathet; war aber vorher schon sicher krank; sie wurde gravide, die Beschwerden nahmen zu; deswegen Unterbrechung der Gravidität, aber ohne dass die Schmerzen etc. sich besserten.

B. sucht die Ursache der Erkrankung in der Ueberanstrengung durch das Maschinennähen.

In der Diskussion erwähnt Moeli, dass er vor einigen Jahren einen ähnlichen Fall gesehen hat. Es fand sich eine Parese der unteren Extremitäten und Westphal'sches Zeichen. Das Kniephänomen kam später wieder. Von Ataxie war allerdings keine Rede.

Remak zweifelt nicht an der Diagnose Tabes in dem vorliegenden Falle, auch ist er der Ansicht, dass Tabes einer solchen chronischen Ueberanstrenung ihre Entstehung verdanken kann.

Rosenbaum fragt, ob EaR zu constatiren war, was Bernhard in Abrede stellte. Oppenheim meint, man müsse in solchen Fällen auch an Lues denken.

Sitzung von Montag den 8. Dezember 1890.

389) **Remak**: *Zur Pathologie der Bulbärparalyse.*

Am 8. Septbr. vor. Jahres wurde R. ein 12 jähr. Mädchen zugeführt mit folgender Anamnese: Keine hereditäre Belalastung; Vater hatte 1 Mal ein Ulcus molle ohne weitere Folgen; Mutter gesund, hatte 8 Kinder, die alle leben; Patientin ist die älteste. Im Februar erkrankte sie an Influenza, nach welcher linksseitige Ohreiterung auftrat. Lucae, der sie behandelte, bemerkte damals schon eine Parese der linken Facialis mit häufigen Zuckungen, das Ohr heilte; die Zuckungen verschwanden, aber die Lähmungserscheinungen nahmen zu. Im Juli bemerkte die Mutter, dass beide Augen im Schlafe nicht geschlossen wurden, und dass die Sprache manchmal undeutlich wurde (zuweilen Kopfschmerzen in der Höhe des Schädels).

Remak wurde consultirt, weil sich eine Erschwerung des Schluckens eingestellt hatte; die Sprache war auch schlechter geworden, der Gesichtsausdruck verändert; der Mund in die Breite gezogen und die Lippen erschienen dicker.

Bei der Untersuchung ergab sich keine Differenz in dem Verhalten der beiden Faciales; die Augenmuskelnerven waren frei, Pupillenreaction normal; Augenhintergrund gleichfalls. Die Deglutition erfolgte ruckweise unter leichter Betheiligung des Platysma; beim Trinken floss nichts durch die Nase; Sprache leicht egal, Velum wenig beweglich; beim längeren Sprechen bewegen sich die Lippen schliesslich gar nicht, Zwangslachen wurde nicht beobachtet. Sensibilität überall normal; auch am Velum, kein Unterkieferphänomen. Electrisch nichts Abnormes. Stimme klar und gut modulirt, nur schreien konnte sie nicht; andere Störungen nicht nachzuweisen. Anfänglich war R. geneigt den Fall als hereditäre Muskelatrophie aufzufassen, entschloss sich aber bald für die *Diagnose*: Bulbärparalyse. Er glaubt nicht, dass die Krankheit in irgend welchem Zusammenhange mit der Mittelohreiterung gestanden hat.

Therapie: Jodkali und constanter Strom, während der nächsten 6 Wochen änderte sich nicht viel; nur die Zunge zeigte sich etwas uneben, und fibrilläre Zuckungen traten auf; die Zunge konnte auch nicht nach oben gerollt werden. Am 6. October klagte Pat. über Schwäche in den Armen beim Clavierspielen. Am 21./10 bekam sie einen Anfall von Dyspnoe; Puls 120, an den Lungen nichts besonders; Nahrungsverweigerung, weil sie nicht schlucken konnte. 1,0 Chloral per Clysma. Am nächsten Tage ging es besser. 14 Tage darauf ganz plötzlicher, unerwarteter Exitus.

Nach dem Bericht des Hausarztes war das Befinden ein leidliches gewesen, als plötzlich wieder ein Anfall von Dypnoe dem Leben ein Ende machte. Obduction wurde verweigert. R. meint, es könnte sich eventuell auch um eine unter dem Bilde einer organischen Erkrankung verlaufende Neurose gehandelt haben.

390) **Lewin**: *Ueber einen forensischen Fall von Cocainmissbrauch.*

Es handelt sich um einen neulich zu Gefängniss verurtheilten 27 jährigen jungen Mann. Der Vater starb im Irrenhause, mehrere andere Mitglieder seiner Familie sind excentrisch oder geisteskrank. Patient ist von Jugend auf sehr nervös, als Knabe Zuckungen in den Extremitäten. Nach dem Abiturientenexamen studirte er 2 Jahre, ging dann zum Militär über; stets hatte er trübe Gedanken, Misstrauen zu andern Leuten, namentlich seinen Vorgesetzten gegenüber, glaubte, er würde verfolgt und kam dadurch in Misshelligkeiten mit seinen Eltern und militärischen Vorgesetzten. Er verliess die militärische Carrière und lebte dann zwei Jahre in Berlin, excedirte in Baccho et Venere in einer exorbitanten Weise. 1886 gewöhnte er sich das Cocain an, welches ihm gegen ein Nasenschleimhautleiden verordnet worden war. So hat er 2—3 Jahre täglich 5,0 gramm Cocain genommen und in diesem Jahr kam er bis auf 10,0 gr. Er litt auch viel an Herzpalpitationen. Am meisten auffällig wurden von ihm seine Hullucinationen beschrieben. Wenn er früh aufwachte, war es ihm immer, als wenn vor ihm eine weisse Gestalt stände; er glaubte auch durch seine Zimmerwand durchsehen zu können, sah Menschen, die sich dort bewegten, assen etc. Er sah Stimmen, wie er sagte, d. h. er bemerkte, wie diese Leute die Lippen bewegten und ihm unverständliche Laute zuriefen. Patient hat jedoch ungestört stets alle seine Dispositionen treffen können. Seine Ernährung hat in keiner Weise gelitten, was sonst bei Cocainmissbrauch nicht der Fall ist, trotzdem er 2 Monate im Gefängniss gesessen hat. 2 Mal hat er Gewaltthaten begangen, die ihn auf die Anklagebank führten. Das eine Mal hat er in einem Restaurant plötzlich einige Leute angefallen, weil er glaubte, dass sie ihn beschimpften; das zweite Mal in einem Privathause; auch da wollte er hallucinirt haben, was L. aber für ausgeschlossen hält. Für diesen Fall habe ihm nicht der § 51 zu gute kommen können. Es sei allerdings auch hier die allgemeine geistige Schwäche zu berücksichtigen, darauf ging das Gericht aber nicht ein. Lewin glaubt nicht, dass es sich um eine Cocainparanoia handle, sondern um eine Cocainepilepsie, weil Patient so plötzlich die Wuthanfälle bekommen habe und nachher eine gewisse Amnesie vorhanden war. Auf den Alcohol kann man die Epilepsie nicht zurückführen.

An der Diskussion betheiligten sich Heyman, Mittenzweig, Jolly, Leppman, Siemerling, Mendel und Moeli.

Im allgemeinen wurde lebhaft protestirt 1) gegen die Annahme einer Cocainepilepsie, 2) gegen die Auffassung des Falles als Cocainpsychose überhaupt. Patient sei von Jugend auf geisteskrank; abgesehen davon sei er Potator strenus, sodass man gar nicht sagen könne, was auf Rechnung des Cocains zu setzen sei.

II. Referate und Kritiken.

391) **Pisenti** und **Viola** (Perugia): Beitrag zur normalen und pathologischen Histologie der Hypophyse und bezüglich der Verhältnisse zwischen Hirnanhang und Schilddrüse. (Centralbl. für die med. Wissensch. 1890. Nro. 25.)

Verff. untersuchten den vorderen Lappen der Hypophysis cerebri. Es ist seit langer Zeit bekannt, dass die colloide Substanz, welche sich im Innern der Follikel bildet, hier nicht bleibt, sondern in gewisse Hohlräume übergeht, die sich in dem die Follikel umgebenden Bindegewebe befinden. In dem Lückensystem dieser Hohlräume befindet sich kein die Wände auskleidendes Endothel. Die Blutgefässe im vordern Lappen der Hypophyis sind sehr zahlreich, sehr dünn mit nachweisbarer einfacher Endothelialschicht. Die colloide Substanz befindet sich auch in diesen Blutgefässen. Die Verff. sind der Ansicht, dass die Colloidsubstanz aus den Follikeln in die genannten Hohlräume und aus diesen schliesslich in die Blutgefässe übergehe. Die genannten Hohlräume oder Lücken sind wirkliche Lymphräume oder Interfolliculärräume im Bindegewebe das die Follikel der Hypophysis umgibt. Irgend eine Verbindung zwischen diesen Räumen und den Blutgefässeu war nicht aufzufinden.

Für die Verff. steht mit absoluter Gewissheit fest, dass die Follikel dieser Drüse im Grossen und Ganzen kein geschlossenes System bilden und dass das Secretionsprodukt der Elemente, welche ihre Wände auskleiden, sich nach innen ergiesst und in den Kreislauf übergeht, um wahrscheinlich dem thierischen Stoffwehsel zu dienen und nicht, um als Regressionsprodukte des Zellenlebens unmittelbar ausgestossen zu werden.

Zur Zeit dieser histologischen Untersuchungen secirten die Verff. eine Frau mit Uteruscarcinom und ziemlich grossem Kropfe. (Struma fibrosum.) Die Untersuchungen der Hypophyse dieses Weibes ergab eine Erweiterung der Interfollieularräume und Höhlungen und Anfüllung mit Colloidsubstanz; an einigen Stellen bildeten sie sogar kleine Cysten. Gross war die Anzahl der mit der Colloidsubstanz gefüllten Blutgefässe. Die kleinen mit Plattenepithel ausgekleideten Höhlungen, die sich nach Peremeschka zwischen den zwei Substanzen des vorderen Lappens befinden, waren enorm erweitert und mit Colloidsubstanz gefüllt. Eine dieser Höhlungen enthielt Colloidsubstanz in solcher Menge, dass sie eine Cyste von Hirsekorngrösse bildete.

Die Embryologie unterstützt die Ansicht von der Structurähnlichkeit zwischen Hypophysis und Schilddrüse. Die Histologie bekräftigt weiter diese Idee und die Forschungen jüngsten Datums beweisen, dass die Exstirpation der Schilddrüse in der histologischen Struktur der Hypophysis Veränderungen bewirkt. Ferner geht aus den anatomisch.pathologischen Beobachtungen der Verff. hervor, dass man in gewissen Fällen in der Hypophysis Alterationen erhalten kann, welche mit den Läsionen der Schilddrüse übereinstimmen. Es scheint den Verff. die Hypothese nicht gewagt, welche uns die Erscheinungen der strumipriven Cachexie von der Thatsache abhängig machen lässt, dass mit der Entnahme der Schilddrüse die Colloidsubstanz nicht mehr so reichlich, wie unter normalen Verhältnissen bereitet wird und sich nicht mehr in den Kreislauf ergiesst, während die Hypophysis

auch bei gesteigerter Secretionsthätigkeit das fehlende Hauptorgan nicht zu ersetzen vermag. Die Colloidsubstanz wäre demnach für das Blut und die Blutkörperchen nothwendig, neutralisirte vielleicht auch das nach Exstirpation der Schilddrüse entstehende hypothetische Gift. Goldstein.

---

392) **R. Brugia** (Lucca): L'elettrotono in rapporto con la conduttività dei nervi motori dell' uomo. (Rivist. sperim. di freniatria. Vol. 16. Heft 3. 1890.)

Auf Grund von zahlreichen Untersuchungen mit einem eigens dazu construirten Apparate, (dessen genaue ausführliche Beschreibung im Originale nachzulesen ist) über den Einfluss des Elektrotonus auf die Leitungsfähigkeit der motorischen Nerven des Menschen kommt Verf. zu folgenden Resultaten.

1.) Sowohl der Katelektrotonus als der Anelektrotonus, zumal aber der letztere, rufen eine beträchtliche Verlangsamung der Leitungsgeschwindigkeit hervor. Dies weist auf eine andere deutliche Differenz hin zwischen dem Verhalten des von den Körpergeweben umgebenen und des isolirten Nerven: im letzteren Falle beschleunigt der Katelektrotonus, falls er nicht zu stark ist, die Leitung der Reizung.

2.) In dem Masse, wie die Polarisation nach und nach zunimmt, verlängert sich die Reactionszeit; während aber die Anodenpolarisation bei einem bestimmten Grade eine vollkommene Leitungsbemmung hervorruft, kann der Katelektrotonus eine bedeutende Intensität erreichen, bevor er das Leitungsvermögen der Nerven erschöpft.

3.) Während mit dem Aufhören des Katelektrotonus fast augenblicklich die Verzögerung der Muskelreaction aufhört, ist hingegen eine viel längere Zeit nothwendig, damit der im Anelektrotonus befindliche Nerv sein volles Leitungsvermögen wieder erlange.

4.) Die Verstärkung des Reizes bleibt wirkungslos im anelektrotonisirten Nerven, im Katelektrotonus hebt sie hingegen bis zu einem gewissen Grade die Leitungserschwerung auf.

Als Mittel zur Herabsetzung der Nervenerregbarkeit verwandte Verf. die Wirkung der Kälte (protrahirte Aetherverdampfung) und fand dabei, dass

5.) die Reactionszeit länger wird; die elektrotonischen Wirkungen erfolgen wie im normalen Zustande; jedoch stellt sich mit dem Aufhören des Katelektrotonus die Schnelligkeit der Leitung des Reizes nicht so rasch wieder her.

An Nerven, welche EAR erkennen liessen beobachtete Verf. folgendes:

6.) Im ersten Stadium, in welchem die faradische und galvanische Erregbarkeit nur herabgesetzt ist, ist die elektrische Verlangsamung deutlicher als unter normalen Verhältnissen.

7.) In dem Stadium, in welchem nur noch die galvanische Muskelerregbarkeit vorhanden ist, charakterisirt sich die direkte Muskelreizung durch eine ausserordentliche Langsamkeit der Reaktion, welche der Elektrotonus nur wenig zu vermehren im Stande ist. Strauscheid.

393) **E. Belmondo e R. Oddi:** Intorno all influenza delle radici spinali posteriori sull' eccitabilità delle anteriori. Ricerche sperimentali.

(Rivista sperim. di freniatria. Bd. 16. Heft 3. 1890.)

Die Frage nach dem Einfluss der hinteren Rückenmarkswurzeln auf die Erregbarkeit der vordern ist von den bisherigen Experimentatoren sehr verschieden beantwortet worden. Die einen wie Lyon, Steinmann und Guttmann behaupteten mit der Aufhebung der Verbindung zwischen den hinteren Wurzeln und dem Rückenmarke sinke die Erregbarkeit der motorischen Wurzeln; andere wie Marcacci und Kanellis behaupteten, dass diese Erregbarkeit durch jene Operation vielmehr gesteigert werde; andere endlich wie Betzold und Uspensky, sowie Heidenhain leugneten jeglichen Einfluss. Um nun diese Frage zu entscheiden, unternahmen die Verf. eine Reihe von Experimenten und zwar nicht an Fröschen welche bisher von allen oben genannten Autoren allein verwendet worden waren, sondern an Hunden. Zunächst bestrichen sie die freigelegten hinteren Wurzeln mit Cocainlösung, um so ohne irgend einen Reiz auszuüben, die Function derselben aufzuheben; dabei verminderte sich die Erregbarkeit der vorderen Wurzeln stets in deutlichster Weise.

Alsdann versuchten die Verf. den Einfluss der hinteren Wurzeln durch deren Durchschneidung auszuschalten. Die Folge war, dass schliesslich fast immer eine Herabsetzung der Erregbarkeit der entsprechenden motorischen Wurzeln eintrat. In der Mehrzahl der Fälle ging dieser Herabsetzung unmittelbar nach der Durchschneidung der sensiblen Wurzel eine leichte momentane Steigerung der Erregbarkrit vorher; diese Steigerung fehlte, wenn vor der Durchschneidung Cocain angewandt wurde; sie ist nach Ansicht der Verff. einer Wirkung des durch den Schnitt erzeugten centripetalen Reizes. In einzelnen Fällen endlich kann in Folge des Schnittes entweder eine andauernde Uebererregbarkeit der vordern Wurzeln entstehen, was auf einen starken Reiz, der sich bis auf die Ganglienzellen des Rückenmarks fortpflanzt, zurückzuführen ist, oder aber die Erregbarkeit wird vorübergehend aufgehoben, was auf einer hemmenden Wirkung der höher gelegenen Nervencentren beruht.

In einer dritten Serie von Experimenten untersuchten die Verf. die Wirkung von mechanischer Reizung der hinteren Wurzeln. Der fast constante Effekt der verschiedenartigsten Reizungen, war eine beträchtliche Erhöhung der Erregbarkeit der entsprechenden vorderen Wurzeln. Nur in einer kleinen Anzahl von Fällen trat eine momentane und immer bald vorübergehende Unerregbarkeit der vorderen Wurzel ein, was die Verff. auf eine hemmende Wirkung der höheren Centren zurückführen zu müssen glauben, welche in Folge des vom Bewusstsein aufgefassten schmerzhaften Eindruckes interveniren; auf diese vorübergehende Unerregbarkeit folgte immer bald die gewöhnliche Steigerung der Erregbarkeit.

Diese Steigerung machte bei etwaiger nachheriger Cocainisirung der betreffenden hinteren Wurzel alsbald einer Herabsetzung der Erregbarkeit der vorderen Wurzel Platz.

Eine vierte Reihe von Untersuchungen wurde schliesslich an einem Hunde unternommen, dem der Bulbus in der Gegend des calamus scriptorius

zerstört war behufs Ausschaltung jeden Einflusses des Gehirns. Dabei ergab sich bei Cocainisirung der hinteren Wurzel ein rasches Sinken der Erregbarkeit der entsprechenden vorderen Wurzel, eben dasselbe bei Durchschneidung der hinteren Wurzel, dahingegen eine bedeutende Steigerung der Erregbarkeit bei Reizung der sensiblen Wurzeln, eine Steigerung, die durch Cocain wieder aufgehoben werden konnte. Alle diese verschiedenen Thatsachen sind demnach unabhängig von dem Gehirn oder von dem Bewusstsein.

Als Erklärung der angegebenen Resultate nehmen die Verff. mit **Lyon** an, dass von der Peripherie des Körpers durch die sensiblen Nervenfasern dem Rückenmarke unaufhörlich Reize der verschiedensten Art zuströmen, welche sich vermittelst der Rückenmarkszellen ununterbrochen auf die motorischen Nervenfasern und von dort auf die Muskeln fortpflanzen.

Strauscheid.

---

394) **Alexander v. Koránji:** Zur Physiologie der hinteren Theile des Grosshirns. (Centralbl. f. d. med. Wissenschaften Nr. 28 und 29. 1890.)

1) Bei Hunden tritt nach unsymmetrischer Verletzung des Grosshirns stets eine Neigung mit den Augen nach der Seite der Verletzung zu blicken auf. Bei Verletzung des hinteren Theiles des Grosshirns ist diese Innervationsstörung des Augenbewegungsappartes am ausgesprochensten.

2) Bei Verletzung der linken Grosshirnhemisphäre weichen die Hunde von der geraden Richtung beim Gehen nach links ab und folgen einer nach links concaven Bahn. Dies tritt hauptsächlich bei Verletzung der hinteren Hirntheile ein.

3) Bei Kaninchen mit Verletzungen der hinteren Grosshirnquadranten kann man sehr hochgradige Augendeviationen beobachten, wenn man ihren Kopf in Primärstellung fixirt.

Im Laboratorium von **Höyges** (Budapest) angestellte Untersuchungen bei einem Kaninchen, dessen linke Grosshirnhemisphäre durch einen Abscess von haselnussgrösse zerstört war, ergaben trotz hochgradiger Augendeviation die Leitungsfähigkeit aller Augenmuskeln. Auch bei Hunden liess sich leicht nachweisen, dass die Art der Augenbewegungsstörung eine von einer peripheren Lähmung oder Contractur verschiedene ist.

4) Die Form der physiologischen Symmetrieebene trägt zur Bestimmung der Form der Progressivbewegung bei. Die Form der physiolog. Symmetrieebene wird nur durch die Ortsveränderung der Aufmerksamkeit verändert. Der scheinbare Zusammenhang mit den Augenlagen rührt nur von der innigen Beziehung dieser zu der Richtung der Aufmerksamkeit her.

Verf. giebt als beweisend folgenden Versuch: Ein Ton, welcher von der linken Raumhälfte zu unseren Ohren gelangt, krümmt die physiologische Symetrieebene, so lange wir aufmerksam zuhören nach links, wenden wir jedoch unsere Aufmerksamkeit willkürlich anderswo hin, so bleibt der Ton ohne Einfluss auf die Form der physiologischen Symmetrieebene.

5) Bei einer Wendung der Aufmerksamkeit nach links folgen also die Augen unwillkürlich dieser Richtung. Gleichzeitig wird der Blickpunkt von seiner geometrischen Lage nach links localisirt; die physiologische Symmetrieebene wird nach links concav, wodurch eine entsprechende Krüm-

mung der Bahn einer gradlinig interivirten Progressivbewegung bedingt wird. Zur Erklärung der sub 1, 2 und 3 gegebenen Umstände bei operirten Hunden reicht die Annahme aus, dass die Aufmerksamkeit des Thieres in einem bestimmten Sinne beeinflusst wird. Während normale Thiere zur Wendung der Aufmerksamkeit auf symmetrische Stellen des Raumes Widerstände gleicher Intensität zu überwinden haben, wendet der links operirte Hund seine Aufmerksamkeit leichter nach links als nach rechts. Löb's Hemiamblyopie ist demnach eine Störung der Function der Aufmerksamkeit. Andere Sehstörungen, welche bei Gehirnverletzungen auftreten, werden jedoch durch diese Annahme nur unvollkommen oder gar nicht erklärt.

6) Schäfer's Augenbewegungen, welche durch elektrische Reizung der Hinterhauptslappen hervorgerufen werden, kämen hiernach so zu Stande, dass die Reizung dieser Hirntheile eine entgegengesetzte Ortsveränderung der Aufmerksamkeit verursacht, als deren Zerstörung. Der Aufmerksamkeit folgen auch die Augen.

Munk's und Obregia's Auffassung, nach welcher diese Augenbewegungen durch subjective Gesichtsempfindungen ausgelöst werden, widerspricht schon der Umstand, dass solch' ein Zusammenhang zwischen conjugirter Augendeviation und Gesichtshallucination beim Menschen auch dann nicht besteht, wenn die Deviation die Folge einer Erkrankung der Schäfer'schen reizbaren Gebiete ist. Goldstein.

---

395) **Royand Sherrington**: On the regulation of the blood-supply of the brain. (Journ. of physiologg. H. 1 u. 2.)

Die complicirten Ergebnisse dieser complicirten Versuche lassen sich schwer zusammenfassen; hervorzuheben ist die directe Zunahme des Hirnvolumen bei steigendem arteriellen Druck, die Abhängigkeit des Hirnvolumens von arteriellen und venösen Druckschwankungen, und das Auftreten activer, von hämodynamischen Factoren unabhängigen Veränderungen des Hirngefäss-Calibers, die neben andern Substanzen auch besonders durch Injection des stets freie Säure enthaltenden Hirnextracts bedingt wurde. Es scheint somit ein directer Einfluss der Stoffwechselproducte des Hirns auf die Innervation der Hirngefässe constatirt. Kurella.

---

396) **E. Steinach**: Untersuchungen zur vergl. Physiologie der Iris. (Pflüger's Archiv. Bd. 47.)

Thierarten, bei denen die Optici sich vollständig kreuzen, haben bei verschieden starker Beleuchtung beider Augen stets ungleiche Papillen, während bei partieller Opticuskreuzung die Lichtreaction bilateral und gleich ist.

S. schliesst daraus, dass bei der ersten Categorie sowohl Trennung der beiden papillenverengenden Centren, wie der Reflexbahnen beider Augen vorliegt. Kurella.

---

397) **E. Tauber**: Ueber das Schicksal des Morphins im thierischen Organismus. (Arch. f. experim. Pathol. Bd. 27. H. 3.)

Bei sorgfältigen Thierversuchen konnte T. in keinem parenchymatösen Organ eine Ablagerung oder Zersetzung des Morphiums nachweisen; dagegen

lässt sich eine erhebliche Menge subcutan gegebenen Morph. hydrochlor. im Darm nachweisen, der somit in Uebereinstimmung mit den Ermittlungen Alts, als der Ort der Morphium-Ausscheidung ermittelt ist. Kurella.

398) **P. Foà** (Turin): Sulle alterazioni del medollo spinale nell' Influenza.
(Il Policlinico 1890 Nr. 5.)

Eine Frau mittleren Alters war im Lauf einer schweren Influenza an Bronchopneumonie erkrankt und gestorben. Das frische Rückenmark liess makroskopisch eine intensive Hyperämie beider Substanzen, und an einzelnen Schnittflächen rothe Punkte erkennen. Nach der Härtung fanden sich zwei Sorten focaler Erkrankungen, beide am meisten in den oberen Theilen des Cervicalmarks und den oberen $^2/_3$ der Dorsalregion ausgesprochen. Es fanden sich rein haemorrhagische Herde, welche die Nervenelemente nur auf die Seite drängten, aber die Mehrzahl der Herde zeigte keine Spur von Hämorrhagie, sondern eine auffallende Hypertrophie des Axencylinders in einen circumscripten Faserbündel, ein solches Bündel zählte meist 5—6 Fasern; ihre Axencylinder waren auf das 5—6 fache verdickt. Nur an wenigen Stellen des oberen Halsmarks fanden sich Hämorrhagie und Hypertrophie nebeneinander. Diese Herde fanden sich vorwiegend in den lateralen Partien, besonders im Kleinhirn-Seitenstrangbündel. Histologisch erschien die graue Substanz intact. Kurella.

399) **R. Benoke**: Zwei Fälle von multiplen Hirntumoren.
(Virchow's Archiv. Bd. 119. H. 1.)

In zwei Fällen von voluminösen Hirntumoren faud B. an der Basis Cranii mehrfach und vereinzelt an der Schädelkappe Usuren der Dura und des Knochens, die stellenweise den Knochen ganz perforirten, und deren Hohlraum durch noch weniger zerfallene Hirnsubstanz ausgefüllt war. B. erklärt diese eigenthümlichen Befunde durch Steigerung des intracraniellen Drucks, der die Gehirnsubstanz in und durch die Dura gepresst hätte.
Kurella.

400) **Fournier** (Paris): Beobachtungen über tertiäre Syphilis.
(Arch. gén. de médecine 1889 September.)

Obschon seit dem Erscheinen des vorliegenden Aufsatzes von F. mehr als ein Jahr vergangen ist, glauben wir doch auf denselben soweit er den Neurologen interessirt, zurückkommen zu müssen, da die Arbeit bisher keine weitere Beachtung gefunden hat.

F. giebt eine Statistik der tertiären Syphilis von 2600 Fällen tertiärer S. seiner Privatpraxis, die er in 29 Jahren gesammelt hat. Er hält dies Material, das man sich nicht auswählen kann wie die Aufnahmen eines Hospitals, für eine bessere Grundlage weiterer Schlüsse, als die Krankenhausstatistik. F. bestreitet, dass tertiäre Erscheinungen *tardiv* sein müssten; in 129 Fällen traten sie im ersten Krankheitsjahr auf, und in der grossen Mehrzahl in den ersten drei Jahren.

19 mal sah er unter seinem Material *Muskelatrophieen*, theils centralen, theils peripheren Ursprungs, enorm aber ist die Betheiligung des Central-Nervensystems. Wir reproduciren hier einen Theil von F.'s Tabelle.

Cerebrale Syphilis	361	Fälle.
Tabes	355	„
Ophthalmoplegien	57	„
Spinale Affectionen	77	„
„Tabes cerebrospinalis“	45	„
Progr. Paralyse	9	„
Demenz	9	„
Muskelatrophie	19	„
Hemiplegia facialis	13	„
Monoplegie	3	„
Verschiedene nervöse Störungen	3	„

Das macht 1085 Fälle von 2600. Das inficirende Agens der Syphilis ist somit zweifellos in erster Linie ein Nervengift. Kurella.

---

401) **Gilbert et Lion**: De la syphilis médullaire précoce. (Arch. gén. de médec. 1889 October.)

56 Fälle frühzeitiger (d. h. nach Fournier s. o.) in den zwei ersten Krankheitsjahren auftretender spinaler Syphilis. Ausführliche Krankengeschichten, 15 Antopsien mit genauem histol. Befundbericht, bei 16 Todesfällen. Die Verff. stellen 4 Typen von luetischer Meningomyelitis auf. Das Interesse der Arbeit liegt wesentlich in den originaliter nachzulesenden Einzelthatsachen, Kurella.

---

402) **Hasland** (Kopenhagen): Om tertiär Syphilis dans Hyppighed og Aarsager. (Hospitals-Tidende 1890 Nro. 10.)

H. hat unter 5188 Syphilitikern seiner Spital-Praxis 514 Fälle (9,9 %) tertiärer F. gefunden.

Unter den 280 Männern dieses Materials fand sich das Nervensystem in folgender Weise betheiligt.

Es waren erkrankt

Haut, Schleimhäute und Nervensystem	in	1	Fall
Haut und Nervensystem	„	10	Fällen
Haut, Knochen und N.	„	2	„
Nervensystem allein	„	78	„
Knochen und Nervensystem	„	3	„
Innere Organe und N.	„	1	Fall
Summa	in	95	Fällen (32,7%)

Unter den 224 Frauen war das Nervensystem in 38 Fällen (16,8%) erkrankt. H. ist für sein Material ganz sicher, dass für die häufigere tertiäre Erkrankung des Nervensystems der Männer der Alcohol die entscheidende Rolle spielt; übermässige Hirnarbeit spiele bei seinen Hospital-Patienten obsolut keine Rolle für die tertiäre Localisirung im Nervensystem; im übrigen schreibt H. dem Alcohol für das Auftreten tertiärer Erscheinungen überhaupt auch in andern Organen, seine entscheidende Rolle zu. Kurella.

---

403) Discussion über die Syphilis Paralyse. Frage auf dem: Premier-congrés national d'aliénation mentale de Rouen. 5.—8. Aug. 1890. Dubuisson: Sur l'étiologie de la Paralysie générale (Le Progés médical 1890 Nro. 32. 33.)

Erbliche neuropathische Belastung, Alcoholismus, Congestionszusände des Gehirns, Schädeltraumen sind die Ursachen, über deren ätiologisches Verhältniss zur Paralyse Uebereinstimmung herrscht; hinsichtlich der Rolle des Syphilis sind die Ansichten getheilt, so sehr, dass Einzelne derselben überhaupt keinen Werth bei der Entstehung der Paralyse zugestehen, während Andere in ihr die Hauptursache sehen.

Hinsichtlich der Häufigkeit der Paralyse, meint P., dass die allgemeine Paralyse zugenommen habe; bei den Frauen sei die Hauptursache Alcoholismus. Die Statistik giebt folgende Resultate: Aufgenommen wurden im Ganzen 6000 Kranke, deren waren 1600 an Paralyse erkrankt. Als Ursache der letzteren war in diesen Fällen angegeben: Alkoholismus bei 380, erbliche Geisteskrankheit 300, geistige Ueberanstrengung 200, Syphilis 50, Schädeltraumen 50. Für die Syphilis sind diese Zahlen wenig beweisend, bestätigen aber in hohem Grade den Einfluss des Alkoholismus und in gewisser Hinsicht der Schädeltraumen, die man im allgeinen nicht gerade als Ursachen der Paralyse anzusehen gewohnt ist.

Régnier: Rapport de la Syphilis cérebrale et de la paralysie générale progressive. — Influence de la Syphilis sur la génèse et l'évolution de cette affection. Cerebrale Syphilis und allgemeine Paralyse sind zwei verschiedene von einander unabhängige Erkrankungen. Eine deutliche Wirkung der syphilitischen Infection auf die Paralyse besteht nicht; ihre Gegenwart beschleunigt weder noch hält sie den Ausbruch der Paralyse zurück, noch beeinflusst sie den Verlauf. Syphilische Manifestationen von Seiten des Nervensystems können sich bei Paralytikern entwickeln, ebenso gut wie jede andere Erscheinung der Lues, aber beide Affectionen sind trotz ihrer Coincidenz unabhängig von einander; es giebt keine luetische allgemeine Paralyse; die unter diesem Ausdruck mitgetheilten Fälle sind entweder solche von cerebraler Syphilis, die mit Unrecht als Paralyse diagnosticirt wurden, oder allgemeine Paralysen, in deren Verlauf spceifische Erscheinungen zufällig auftreten, aber in keiner Weise die Grundzüge der Erkrankung modificirten.

Règis: Rélation de la Syphilis et de la Paralysie générale. Auf 21 Paralitiker (20 Männer, 1 Frau) vertheilte sich die Syphilis in folgender Weise: bei 18 Individuen wurde sie bestimmt nachgewiesen, bei einem war sie zweifelhaft, geleugnet wurde sie bei 2 Individuen, also ein Verhältniss von 85,71%. Die allgemeine Paralyse tritt im Mittel 12—13 Jahren nach der Infection auf, sie scheint um so eher aufzutreten, je weniger und je kürzer die erste Ansteckung behandelt wurde, doch giebt es keine allgemeine Regel. Die meisten luetischen Paralytiker bieten keine äussere Merkmale der Syphilis, nur bei Einzelnen findet man Spuren von alter oder frischer Lues. Die syphilitischen Erscheinungen sind ebenfalls selten bei Descendenz von syphilitischen Paralytikern, da nicht selten letztere, obgleich ihre Lues schlecht behandelt wurde, eine Reihe gesunder Kinder haben. Indessen finden sich auch bei den Kindern hereditär syphilitische Erscheinungen namentlich in den Fällen, in denen die Paralyse der Natur mit äusseren luetischen

Symptomen verläuft. In der Descendenz luetischer Paralytiker finden sich am häufigsten congestive Cerebralzustände und arthritische Affectionen; sie selbst sind vielfach zu Congestionen und Arthritis geneigt, aber weniger häufig als die nicht syphilitischen Paralytiker. Alle klinischen Formen der Paralyse kommen bei luetischen Paralytikern zur Beobachtung; die remittirenden und circulären Formen sind besonders häufig.

M Cullerré: Nach seinen Beobachtungen sind im Mittel von den Paralytikern 37% der Frauen und 42% unter beiden Geschlechtern zusammen mit Lues behaftet gewesen. Die luetischen Paralytiker sind im Allgemeinen jung, doch kommen auch solche im vorgeschrittenen Alter vor. Die Lues allein bringt die Paralyse nicht hervor, es müssen noch andere Factoren hinzutreten; die erbliche neuropathische Belastung findet sich in 4 von 5 Fällen bei ihnen. Von 25 Kranken war die Erblichkeit bei 15 erwiesen, in 5 Fällen directer, in 1 Falle Tabes, in 9 collaterale Vererbung vorhanden. Vermittelnde Ursachen der Paralyse sind ferner Ueberanstrengungen, Tanzen, längerer Aufenthalt in den Tropen. Die syphilitische allgemeine Paralyse ist keine besondere Form, sie scheint aber der anti-luetischen Behandlung zugänglich.

Malfilatre: Rôle étiologique des myetopathies dans le paralysie générale. Er erwähnt eines Falles, in dem die typischen Laesionen der Paralyse im Gehirn und neben diesen solche der Hintersträuge des Brust- und Lendenmarkes gefunden wurden, und meint, dass eine gewisse Zahl von Rückenmarkserkrankungen zur Paralyse disponirt. Einzelne dieser Myelopathien können latent sein und erst unter dem Mikroskop erkannt werden.

Voisin: Discussion sur l'action de la syphilis dans le paralysie générale. Die Statistik von Régis lässt seiner Ansicht von der Syphilis zuviel Raum in der Aetiologie der Paralyse; ausserdem fehlen die Sectionen; denn die klinischen Symptome allein siud vielfach unzuverlässig und lassen eine scharfe Trennung zwischen Paralyse und Hirnsyphilisn icht zu. V.'s Erfahrungen nähern sich mehr denen von Régnier; auf 560 Paralytiker seiner Beobachtung kommen nur 9 Fälle von deutlicher Syphilis. Man darf sich nicht mit den Angaben der Kranken begnügen, sondern muss nach Symptomen der Lues forschen, die fast immer im tertiären Stadium, in welchem sich allein der Paralyse gleiche Manifestationen entwickeln, leicht zu finden sind. Bei der Hirnsyphilis findet man von der Paralyse ganz verschiedene Symptome: den peristirenden Kopfschmerz, die partiellen Lähmungen, Hemiplegien, Augenmuskellähmungen, epileptiforme Anfälle. Es fehlt das für die Paralyse so charakteristische Symptom der Selbstzufriedenheit mit dem Ausdruck der Ueberschwänglichkeit etc. Endlich unterscheidet sich die Hirnsyphilis von der Paralyse durch die Wirksamkeit der specifischen Behandlung, die man in zweifelhaften Fällen im Anfange stets versuchen soll, da sie oft unverhoffte günstige Erfolge aufweist, die die Prognose völlig modificiren.

Rouillard spricht sich gegen Régis aus und warnt davor, überall Syphilis zu suchen, wo sie nicht existirt, da sie oft von den Kranken angegeben wird, wenn sie nur einen weichen Schanker gehabt haben. Insolation, Traumen, venerische Excesse, Ueberanstrengung haben deutlichen Einfluss auf die Genese der Paralyse; für den Alkoholismus gilt das gleiche,

wie für die Lues, denn die alcoholischen Excesse können erst nach Beginn der Paralyse stattbaben und lediglich ein Symptom derselben darstellen.

Charpentier. Die allgemeine Paralyse syphilitischen Ursprungs ist nicht different von der wahren, sie ist unheilbar durch specifische Behandlung, doch ist sie im Ganzen selten. Es ist jedoch möglich, dass es diffuse interstitielle Sclerosen syphilitischen Ursprungs giebt.

Gullerré. Es giebt cerebrale Syphilis, die different ist von der allgemeinen Paralyse, es giebt aber auch eine syphilitische allgemeine Paralyse. Er erwähnt eines Falles, der einen baltischen Soldaten betraf, der an Paralyse erkrankte; die specifische Behandlung war ohne Erfolg. Der Einfluss der Insolation wie des Alcoholismus ist nicht zu leugnen, doch muss noch ein anderes Element hinzutreten, z. B. die Erblichkeit in neuropathischer Hinsicht; in dieser Weise ist auch die Wirkung der Lues in der Genese der Paralyse aufzufassen.

Voisin und Rist wünschen, dass die einzelnen Beobachter sich über die Zeichen einer früheren Syphilis mehr einigen und sorgsamer verfahren, denn nur so sind die verschiedenen Ergebnisse der Statistik zu erklären, indem der Eine Erscheinungen für luetisch hält, die der Andere gar nicht dafür rechnet.

Malfilatre. In seiner Anstalt sind in 45 Jahren nur 3 Paralytiker aufgenommen, ein Einziger unter ihnen war hereditär syphilitisch.

Morell-Lavallée. Der Schanker figurirt in der Genese einer zu grossen Zahl von Paralysen, als dass man nicht an einen Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung glauben sollte. Die allgemeine Paralyse ist selten da, wo Lues selten ist. Die am leichtesten auftretenden syphilitischen Erkrankungen sind die am leichtesten cerebrale Erkrankungen nach sich ziehenden. Aber die Lues allein reicht für die Genese nicht hin, sie spielt wohl eine Rolle, aber ihre Wirkung lässt sich zur Zeit noch nicht begrenzen.

Laurent. Im Département Seine Inférieure ist die Paralyse am häufigsten, die Lues ebenfalls am meisten verbreitet. Er verfügt jedoch über eine Beobachtung, die beweist, dass bei einem Syphilitischen es sich nicht um wahre, sondern um Pseudoparalyse handelt. Holtermann.

---

404) **Dujardin-Beaumetz**: Ueber Magenerweiterung als Ursache der Neurasthenie. Vortrag auf dem X. intern. med. Congress zu Berlin.
(Berlin. klin. Wochenschr. 1890. 31.)

Mit Besserung der Magenerweiterung verschwinden zugleich eine Anzahl von Symptomen, die auf nervösen Störungen beruhen. Diese secundären Symptome erklärt Bouchard dadurch, dass er sie auf Autointoxication durch Toxine zurückführt. Vor Allem wird die Leber mit diesen Stoffen überladen. Dujardin-Beaumetz unterscheidet zwei Gruppen von Dilatation. Bei der einen gehen Magendilatation und die nervösen Erscheinungen unabhängig nebeneinander her — wie die Therapie bestätigt. Die andere Gruppe umfasst Fälle, bei denen die functionellen Störungen im Nervensystem im engsten Zusammenhang mit der Erweiterung stehen. Die Symptome bestehen hauptsächlich in Klagen über die Verdauung, allerlei vage Beschwerden über die Abdominalorgane, allgemeine nervöse Störungen. Objektiv findet

sich ausser der Magenerweiterung oft Stuhlverstopfung, vorübergehende Leberanschoppung (besonders bei Frauen), Ectopie der rechten Niere. Die Hände fühlen sich kühl an, Bouchard beschreibt an den Fingern charakteristische Deformationen. Die nervösen Symptome können die bizarrsten Formen annehmen; es dominirt Schwäche und rasche Erschöpfung, neben Tendenz zur Melancholie. Therapeutisch glaubt Dujardin-Beaumetz die besten Resultate mit „gastro-intestinaler Antisepsis" zu erreichen. 1. Innerlich Bismuthum salicylicum, Naphtol. Salol. 2. Zur Evacuation der Toxine Laxantia sowohl bei den Patienten mit Obstipation, als bei den Neurasthenikern mit Diarrhoe — Darmausspülungen mit 1% Naphtol a. 3. Strenge Diät, um die Bildung der Toxine möglichst zu beschränken. Am besten Vegetabilien. Seltene Mahlzeiten, Verminderung des Getränkquantums, Massage des Magens und Abdomens, körperliche Uebungen und Hydrotherapie.

Kurella.

---

405) **Cuffer**: Etude sur le pathologie des troubles nerveux d'origine gastrique. (Revue de médecine 1890 Nro. 4.)

C. trennt die flüchtigen offenbar reflectorisch bedingten nervösen Beschwerden Magenleidender von einer Reihe mehr beständiger Symptome, die an einen bulbären Ursprung denken lassen, die sich nur bei schweren Magenaffectionen (wie Carcinom) finden, und die er durch eine ascendirende Neuritis des Vagus mit consecutiven bulbären Paralysen erklärt; in einem Falle konnte er in der That eine solche Affection des Vagus mehrere Centimeter über die Cardia hinauscentrirt nachweisen. Kurella.

---

406) **M. B. Auché** (Bordeaux): Des altérations des nerfs périphériques chez les diabétiques. (Archives de méd. expér. Sept. 1890.)

Schon lange kennt man die grosse Anzahl von nervösen Störungen, welche im Verlauf des Diabetes auftreten können. Sie sind früher sehr verschieden interpretirt worden. Zumal in den letzten Jahren trat immer mehr die Ansicht in den Vordergrund, welche eine periphere Neuritis als wesentliches Substrat dieser Störungen ansah; doch waren nur selten reine Diabetesfälle mit Hinsicht auf Störung der peripheren Nerven Gegenstand pathologisch-anatomischer Untersuchungen geworden. So war die Untersuchung von Pryce, welcher bei einem 56 jährigen Diabetiker, der an perforirenden Geschwüren beider Füsse und anderweitigen tabischen Symptomen litt, post mortem eine ausgedehnte periphere Neuritis fand, desshalb zweideutig, weil der Patient zugleich Trinker war. Dahingegen ist ein von Pitres beobachteter Fall in dieser Beziehung ganz unzweideutig; hier fanden sich nämlich bei einer 74jährigen diabetischen Frau, welche an einer Gangrän des rechten Fusses erkrankte und infolge eines diabetischen Comas starb, bei der Section ausgedehnte Veränderungen der peripherischen Nerven und Arterien. Verf. selbst konstatirte bei einer 50jährigen diabetischen Frau, die längere Zeit lebhafte neuralgische Schmerzen in allen 4 Extremitäten gehabt hatte und im Coma starb, hochgradige degenerative Störungen der perpheren Nerven. Ebenso fand A. bei einem 19 jährigen im diabetischen Coma verstorbenen Manne, welcher an subungealen Haemorrhagien und Nagelausfall gelitten

hatte, eine weit verbreitete periphere Neuritis. Letztere charakterisirt sich als eine parenchymatöse, welche in den verschiedensten Graden der Entwicklung vorgefunden wird.

Die klinischen Symptome dieser Neuritiden sind sehr mannigfaltige. Häufig beobachtet man Paresen und selbst Paralysen. Mit Vorliebe betreffen dieselben die unteren Extremitäten und zwar regelmässig die Extensoren. Doch werden auch an den oberen Extremitäten und zwar sowohl im Gebiete einzelner Nerven wie in weiterer Ausdehnung Lähmungen beobachtet. Verf. bringt hierfür mehrere Beobachtungen bei. Häufig gehen mit den Lähmungen Muskelatrophien Hand in Hand. Die Sensibilitätsstörungen treten am häufigsten als Hyperästhesie, Neuralgie, lancinirende Schmerzen auf; seltener beobachtet man Anästhesie. Ein vielfältiges Bild liefern die vasomotorischen und trophischen Störungen; da beobachtet man Schweisshypersekretion, Oedem und auffallende Glätte der Haut, Ecchymosen, malum perforans, Hautatrophien, Nagelerkrankungen Gangräen u. s. w. Nicht selten findet man bei Diabetikern das Fehlen der Kniephänomene; treten dazu noch Ataxie und Sensibilitätsstörungen, so entsteht ein Symptomencomplex, der die grösste Aehnlichkeit mit Tabes dorsalis hat.

Ueber das Entstehen dieser peripheren Neuritiden beim Diabetes sind von den Autoren verschiedene Theorien aufgestellt worden. Dem Verf. ist es gelungen an Kaninchen dadurch, dass er freigelegte Nerven in einem Bade von Glycoselösung oder von Diabetikerharn aussetzte, beträchtliche degenerative Veränderungen dieser Nerven hervorzurufen; dahingegen erreichte man dieses Resultat nicht, wenn man dieselben Lösungen in die Nähe der Nerven injicirte. Verf. glaubt nicht, dass die Glycämie die alleinige Ursache der Neuritiden sei, sondern dass diese vielmehr auf einer Mehrzahl von Ursachen beruhen: Anhydrämie, Acetonämie, allgemeine Ernährungsstörung und vielleicht die Wirkung noch unbekannter chemischer Substanzen, welche im Blute der Diabetiker kreisen. Strauscheid.

407) **A. Joffroy** et **Ch. Achard** (Paris): Note sur un cas de sclérose laterale amyotrophique. Lèsions centrales limitées à la moelle et au bulbe. Névrite periphérique avec atrophie musculaire aux membres inférieurs.
(Archives de médecine expér. et d'anat. pathol. Mai 1890.)

Eine 64 Jahre alte Frau, die früher nie wesentlich krank gewesen war, erkrankte vor 3 Jahren an einer Sprachstörung; die Articulation der Worte war beträchtlich erschwert. Später gesellte sich dazu eine Lähmung aller vier Extremitäten, die besonders links stark ausgesprochen war. Nach und nach entwickelte sich das vollständige Bild der labio-glosso-laryngeal Paralyse. Die Arme waren mehr gelähmt wie die Beine, die Sehnenreflexe stark erhöht; Contracturen bestanden besonders in den oberen Extremitäten. Die Muskulatur liess nur eine geringe Atrophie erkennen; fibrilläre Zuckungen waren leicht zu constatiren. 2 Monate nach der Aufnahme in das Hospital starb die Patientin. Bei der Section fand man keine wesentliche Läsionen des Grosshirns, speciell die innere Kapsel war frei von jeder pathologischen Aenderung; ebensowenig waren die oberen Theile des Pons afficirt. Erst in der Medulla oblongata zeigte sich eine Atrophie der motorischen und der gemischten Nervenkerne sowie eine Sklerose der Pyramiden-

bahnen. Von den Wurzeln der Hirnnerven zeigten diejenigen des linken Glossopharyngeus, des linken Vagus und der beiden recurrentes und hypoglossi degenerative Veränderungen. Im ganzen Rückenmarke bis zur Lendengegend hin fand sich eine Atrophie der Vorderhornzellen und eine Sklerose der Seitenstränge. Letztere war nicht streng auf die Pyramidenbahnen beschränkt, sondern griff auch auf die benachbarten Bahnen über; die Nervenfasern in den sklerosirten Partien waren relativ gut erhalten. Die Nerven der oberen Extremitäten zeigten nur wenige degenerirte Fasern, während man hingegen in den Nerven der unteren Extremitäten sehr zahlreiche degenerirte Nervenfasern fand, trotzdem die Lähmung und Atrophie der Armmuskulatur klinisch weit beträchtlicher war, wie die der Beinmuskultur. Die Zungen-, Hals-, Arm- und im geringerem Grade die Beinmuskeln enthielten viele degenerirte Fasern mit stark vermehrten Kernen.

Die Verf. heben von diesem Befunde hauptsächlich zweierlei hervor; Einmal war die Sklerose der Pyramidenbahnen nicht über die Medulla oblongata hinaus zu verfolgen im Gegensatz zu den Befunden von Kahler und Pick, Kojewnikoff, Charcot und Marie. Zweitens ist beachtenswerth die beträchtliche Läsion der Nerven der unteren Extremitäten; Verf. halten dieselben nur für eine sekundäre Veränderung, welche indirekt abhängt von der Störung der Nervencentren. Allerdings kann man sie nicht direkt zurückführen auf eine Atrophie der motorischen Zellen, welche fast ganz aufgehört hat dort, wo die Nerven der unteren Extremitäten entspringen. Einerseits die allgemeine Kachexie, andererseits die mangelhafte Functionirung der tief gestörten Nervencentren soll diese perihhere Neuritis erklären, welche nur eine untergeordnete, nebensächliche Störung sei und keinenfalls als eine peripherische Lokalisation der eigentlichen Krankheit aufzufassen sei.

Strauscheid.

---

408) **J. J. Putnam** (Boston): A form of polyneuritis probably analagous to or identical with beri-beri, occurring in sea-faring men in northern latitudes. (The journal of nervous and mental disease. August 1890.)

Verf. bringt eine grössere Anzahl von Fällen von multipler Neuritis bei, die theils der eignen theils der in der Literatur niedergelegten Erfahrung entnommen sind und Matrosen betreffen, welche auf Fischerschiffen an den nördlichen Küsten von Amerika umherfuhren. Im Jahre 1881 und 1889 bestanden unter den Bemannungen jener Schiffe Epidemien dieser Infectionskrankheit, welche offenbar mit Beriberi nahe verwandt, wenn nicht identisch ist; sporadische Fälle dieser Art kamen auch in den übrigen Jahren vor. Die Krankheit äusserte sich in schweren Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen der Extremitäten, Muskelafrophie, Fehlen der Reflexe etc. In einzelnen Fällen war zuerst Diarrhoe, Oedem und Purpura haemorrhagica vorhanden. In einem Falle trat der Tod ein. Bei den übrigen erstreckte sich die Reconvalescenz auf eine ganze Reihe von Monaten; manche waren nach mehr denn Jahresfrist noch nicht wieder ganz hergestellt.

Strauscheid.

---

409) **Fiebig** (Soerabaga): Zur Geschichte der Beri-beri-Krankheit. (Genesk. Tydschrift v. Nederl. Indie. 1890. H 1 und 2.)

Beri-beri ist (wie unter anderm einige Referate im Jahrgang X. dieser Zeitschrift zeigen) nicht absolut vereinzelt in Europa gesehen worden;

es war mehrere Jahrhunderte vor unserer Zeitrechnung in China verbreitet, und F. hat nun untersucht, ob sich nicht auch Beschreibungen der Krankheit in der griechisch-römischen Literatur finden. Er hat nun in der That neben Angaben bei Hippocrates und Celsus, gefunden, dass die Beri-beri in römischen Garnisonen am rothen Meer sehr verbreitet war. Aber auch römischen Truppen in den Nordsee-Regionen haben an sehr ähnlichen Krankheiten gelitten, und F. fordert die Leser in grossen Bibliotheken auf, das vielversprechende Suchen nach Beri-beri innerhalb Europa fortzusetzen.

Kurella.

410) **W. Uhthoff** (Berlin): Ueber einige Fälle von doppelseitiger Accommodationslähmung in Folge der Influenza etc. (D. med. Wochschr. 1890. Nro. 10.)

U. sah nach Influenza in drei Fällen die oben genannte Affection, in einem dieser Fälle fand sich daneben Ophthalmopleg. externa.

Kurella.

411) **Lépine**: Paralysie des moteurs oculaires etc. sous la dépendance d'une syphilis héréditaire. (Mercredi médical 1890. Nro. 17.)

Plötzliche rechtsseitige Ptosis bei einer an Migräne leidenden Frau; später linksseitige Hemicranie mit Diplopie, Dilatation und Starre der l. Pupille, Accommodationsparese; rechts: Hemiatrophie der Zunge, Geschmacksverlust und Anosmie, einige Tage darauf Lähmung der inneren Muskelzweige des Oculomotorius. Rückgang aller Störungen unter Jodkali. Wahrscheinlich Lues hereditaria. Kurella.

412) **Mauthner** (Wien): Zur Pathologie und Physiologie des Schlafes. (Wiener med. Wochenschr. 1890. Nro. 23—28.)

Die interessante und im Original lesenswerthe Arbeit entwickelt den Zusammenhang von Lähmungserscheinungen der Augenmuskeln mit pathologischen und normalen Schlafzuständen, und erklärt den normalen Schlaf nicht durch ein Sistiren der Hirnrindenfunction, sondern durch eine Functions-Unterbrechung der das centrale Höhlengrau durchsetzenden Leitungsbahnen, und eine Paralyse der Augenmuskelkerne in dieser Region. Im Zufallen der Augen beim Schläfrigen sieht M. eine veritable Ptosis.

In der „Maladie de Gerlier", der „Nona" (falls diese Krankheit existirt) und der Schlafsucht Hysterischer sieht M. subacute und gelinde Formen von Wernickes acuter Poliencephalitis superior. Kurella.

413) **Fuchs**: Ueber isolirte doppelseitige Ptosis (v. Gräfe's Archiv für Ophthalmologie. XXXII. 1.)

F. fand das seit vielen Jahren bestehende Leiden bei 5, in der Mehrzahl aber bejahrten Frauen, und führt es auf eine, in keine der bekannten Formen musculärer Dystrophien einreihbare, Atrophie dieses isolirten Muskels zurück. Kurella.

414) **W. J. Collins** (London): Die Asthenopie der Neurastheniker.
(R. London Ophthalmolog. Hosp. Reports IV.)

Collins macht darauf aufmerksam, dass Accommodationsparesen ein häufiges Symptom ernsterer Neurasthenie bildet; er analogisirt dieselbe mit den postdiphtheritischen, puerperalen und sonstigen auf *Autointoxication* beruhenden Schwächezuständen des Ciliar-Muskels, und vergleicht die Schwäche der glatten Ciliar-Musculatur mit der, Obstipation bedingenden, Atonie des Darms Neurasthenischer. Für die momentane Hilfe empfiehlt er Eserin-Einträufelungen, als wirksame Therapie eine Cur nach Weir-Mitchell.

Kurella.

---

415) **W. Lang** und **C. Wood**: Patellarreflex bei interstitieller Keratitis.
(R. London Ophthal. Hosp. Reports. P. IV.)

Bei 62 Syphilitikern mit interstitieller Keratitis wurde der Patellarreflex untersucht, und in 30% subnormal gefunden, bei 10% ganz vermisst, und selten gesteigert gefunden.

Kurella.

---

416) Sehstörungen bei Bandwurm. (L'année medic. Februar 1890.)

Fall von Asthenopie und Lichtsehen bei einer nicht hysterischen Frau, die nach Abtreibung eines Bandwurms ihre Augenbeschwerden los wurde.

Kurella.

---

417) **Pel**: Ein Fall von recidivirender nucleärer Oculomotoriuslähmung.
(Berl. klin. Wochenschr. 1890. Nro. 1.)

32jähriger, nervös degenerirter Mann mit früher epileptischen, jetzt tabischen Symptomen, leidet seit 2 Jahren an linksseitiger periodischer Ophthalmoplegie; 6 Anfälle, durch Affecte hervorgerufen, schwanden nach wenigen Tagen, der siebente Anfall hinterliess eine dauernde Ophthalmoplegia externa ohne Ciliarmuskel- und Irislähmung. P. leugnet eine functionelle Störung, und sieht in dem Fall eine beginnende Tabes.

Kurella.

---

418) **F. X. Dercum** (Philadelphia): Tumor of thalamus, more especially of the pulvinar, presenting Wernicke's pupil reaction.
(The journal of nervous and mental disease. August 1890.)

Ein 39jähriger Mann erkrankte vor 2 Jahren mit Schwindelanfällen und anfallsweise auftretenden Kopfschmerzen. Allmählich stellte sich eine Schwäche der rechten Extremitäten ein. Bei der Untersuchung fand sich eine spastische Parese der rechten Körperhälfte, sowie eine Herabsetzung des Temperatur- und Muskelsinnes ebendort, während der Tastsinn nicht wesentlich beeinträchtigt schien. Die rechte obere Extremität war der Sitz eigenthümlicher, häufig wiederkehrender Krämpfe; dieselben verliefen so, dass der Oberarm abducirt wurde, der Unterarm und die Hand stark flectirt, dahingegen die Finger extendirt wurden. Diese Bewegung ging langsam und allmählich von Statten, erreichte eine maximale tetanische Spannung, die einen Theil einer Minute anhielt und verschwand dann langsam wieder. Diese

an Athetose erinnernde Krampfanfälle wiederholten sich in unbestimmt langen Zwischenräumen. Ausserdem fand man bei dem Patienten eine rechtsseitige Hemianopsie mit typischer hemiopischer Pupillenreaktion Wernicke's. Allmählich verschlimmerten sich alle Symptome, auch die bis dahin freien Gesichtshälften büssten an Sehkraft ein, die oben beschriebenen Krampfanfälle traten alle paar Minuten auf. Die Psyche litt mehr und mehr, der Kranke wurde somnolent und starb am 24. März dieses Jahres. Sichere Zeichen von Stauungspapille waren bis zum Tode nicht gefunden worden. Bei der Autopsie fand man ein Gliosarcom des linken Thalamus, welches hauptsächlich die Gegend des Pulvinar einnahm und zum Theil auch auf die anliegenden Partien des nucleus caudatus übergriff. Die innere Kapsel war höchstens in ihrem hinteren Drittel ein wenig infiltrirt.

Strauscheid.

419) **Alexander B. Shaw** (St. Louis): Case of cerebellar tumor with monocular diplopia as a symptom. (The alienist and neurologist. Juli 1890.)

Ein Arbeiter bekam 8 Jahre, nachdem er einen heftigen Schlag auf den Kopf erhalten hatte, starken Hinterhauptschmerz und Schwindel. Bald stellten sich Ohnmachtsanfälle und epileptiforme Convulsionen ein. Das Gehen wurde immer schwerer, er taumelte und fiel oft. Er sah meistens nach links, neigte beim Stehen den Körper nach links und ging im Kreise nach links. Bei der Untersuchung der Augen fand man doppelseitige Stauungspapille, rechtsseitige homonyme Hemianopsie und auf dem linken Auge monoculäre Diplopie. Häufiges Erbrechen und allmählige Abnahme der Geisteskräfte, vollendeten den Symptomencomplex eines Hirntumors, den Verf. in der rechten Cerebralhälfte lokalisirte. Die an anderer Stelle veröffentlichte Section soll die Diagnose bestätigt haben. Das Vorkommen der monoculären Diplopie ist interessant, lässt sich aber wegen der mangelhaften Angaben des Verf., der keine Ahnung von den Arbeiten über diesen Gegenstand hat, nicht recht beurtheilen. Strauscheid.

420) **P. C. Larsen** und **Holger** (Mygind): Ein Fall von erworbener Taubstummheit mit Section. (Arch. f. Ohrenheilk. 1890. 3. Heft.)

Ein durch seine Mutter phthisisch belasteter Knabe, der bis zu seinem $7^1/_2$. Jahre gut gehört und gesprochen hatte erkrankt an Cerebrospinalmeningitis und wird darnach taubstumm. Mit 27 Jahren stirbt der Patient an Phthisis pulmonum et intestim. Die Section ergiebt vollständig normale Gehörgänge, Trommelfelle und Paukenhöhlen. Dagegen ist das innere Ohr beiderseits theils verknöchert theils in Bindegewebe verwandelt. Die beiden Hörnerven sind atrophisch. Links ist ausserdem die unterste Frontalwindung sowie die anstossenden Windungen der Insula Reilii merklich niedriger und schmäler als an der rechten Seite. Die Striae acusticae sind normal ebenso der Ursprung der Nervi acustici.

Verfasser ersieht aus dem Befunde, dass auch postfoetal Entzündungsprocesse des inneren Ohres auftreten können ohne Betheiligung des Mittelohrs. Die Abflachung der dritten linken Frontalwindung sieht Verfasser als die Folge einer Inactivitätsatrophie an. Peltesohn.

421) **Ch. Féré:** Étude physiologique de quelques troubles d'articulation.
(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. August 1890.)

Den Störungen der Sprache liegt in der Regel eine Schwäche der Zungenbewegung und eine Verlängerung der Reactionszeit zu Grunde Diese Schwäche und Langsamkeit der Zungenbewegung lässt sich nun nicht nur durch das Wägen der Anstrengung und das Messen der Zeit, sondern auch vermittelst eines vom Verf. construirten kleinen Apparates graphisch objektiv darstellen. Man lässt den zu Untersuchenden die Zunge vorstrecken, welche bei dieser Bewegung gegen einen Knopf stösst, dessen Bewegungen auf eine registrirende Trommel übertragen werden. Verf. veröffentlicht nun einige Curven von Gesunden, Epileptischen und Paralytischen, von denen die letzteren Grössenwahn zeigten. Die Curve steigt bei den Gesunden und Paralytischen steil an; bei den Epileptikern, zumal nach einem Anfalle, nur schräge und unterbrochen; ausserdem zeigt bei den Epileptikern das Plateau der Curve zahlreichere Zitterbewegungen wie bei Gesunden. Sehr beträchtlich und unregelmässig sind die Oscillationen bei Paralytikern, bei denen übrigens die Schnelligkeit der Zungenbewegungen im Gegensatz zu allen anderen Fällen von Sprachstörung nicht wesentlich beeinträchtigt sind. Verf. schliesst die recht interessante kleine Arbeit mit einer kurzen Tabelle über Energie und Schnelligkeit der Zungenbewegungen bei Epileptikern, Paralytikern, Alkoholisten, Dementen, Aphasischen, Stotternden und Taubstummen.

Strauscheid.

---

422) **Ch. Féré:** Note sur la rétraction névropathique de la paupière supérieure.
(Nouvelle icongraphie de la Salpêtrière. August 1890.)

Nach einem kurzen Aufzählen der verschiedenen Anomalien der Lidbewegungen, spricht Verf. von einem 42jährigen Epileptiker, der vom 13. Lebensjahre an an Anfällen litt, aber seit einem Jahre davon frei geblieben ist. Bei diesem Manne existirt nun das Graefe'sche und das Stellwag'sche Zeichen in voller Deutlichkeit, ohne dass sonst der geringste Anhaltspunkt für die Annahme einer Basedow'schen Krankheit vorhanden wäre. Bei zwei anderen Epileptikern fand F., dass bei dem Blick nach unten das obere Augenlid nicht rasch genug der Bewegung des Bulbus folgen kann, so dass momentan ein Theil der Sklera frei bleibt. Zugleich ist bei diesem Kranken das Blinzeln auffallend selten. Strauscheid.

---

423) **James J. Putnam:** Three cases of Cerebral-Tumor with autopsy. (Drei Fälle von Hirn-Tumor mit Sectionsbefund.)
(Boston Medical & Surgical Journal. 10. April 1890.)

I. Fall. Ein 39jähriger verheiratheter Mann, litt an heftigem andauernden Kopfschmerz, (genau mit der Stelle des später gefundenen Tumor übereinstimmend). Er hatte einen ausgesprochenen Anfall mit partiellem Bewusstseinsverlust und convulsivischen Bewegungen der linken Schulter. Doppelte Neuritis optica, die auf der Seite des Tumor bedeutend intensiver war (gewöhnlich ist die Neuritis auf der dem Tumor entgegengesetzten Seite am intensivesten). Die Dauer der Kankheit betrug 6 Monate. Ausser dem bereits erwähnten Anfall hatte P. leichte epileptiforme Anfälle ohne

localisirende Bedeutung, mit Neigung des Körpers nach links; das linke Kniephänomen gesteigert, später Schwäche der linken Extremitäten. Bei der Autopsie fand sich ein Sarcom der hinteren Hälfte der rechten mittleren Frontal-Windung. Die Tract. optici waren durch Druck sehr abgeplattet. Wenn localisirende Andeutung n (convulsivische Bewegungen und Schmerzen in der Schulter) vorhanden gewesen wären, so hätte der Tumor möglicherweise entfernt werden können. — Lässt sich die starke Neigung des Körpers auf die rechte Seite zu erklären? Vielleicht durch den Druck des Tumors auf die parafrontale und paracentrale Hirnfläche, entsprechend der Localisation der Stamm-Musculatur.

Die Thatsache, dass das Gesicht nicht inbegriffen war, widerspricht der Ansicht, dass der zweite Frontallappen faciale Centren enthält.

II. Fall. Verheiratheter 58 jähriger Mann. Symptome: Allgemeine Convulsionen (wahrscheinlich in Folge einer Invasion von Membranen durch Wachsthum), theils sensorische, theils motorische Aphasie, starker Kopfschmerz, epileptiforme Anfälle, die sich in Zittern des rechten Arms und Beins äusserten, später Lähmung der rechten Seite (Arm, Bein, Gesicht) und doppelte optische Neuritis, beiderseits fast gleich. Sensibilitätsverlust konnte auf der rechten Seite nicht ausfindig gemacht werden. Eintritt des Todes bei rapidem Steigen der Temperatur. Die Autopsie ergab ein Sarcom der ganzen zweiten linken Temporal-Windung (ausgenommen die Spitze). Subcorticales Sarcom des hinteren Theiles des linken Parietal-Lappens, von der Grösse einer Rosskastanie. Die Central-Windungen scheinbar normal.

III. Fall. Verheiratheter 51 jähriger Mann. Symptom: Starkes Zittern der rechten Hand, und plötzliche Unfähigkeit zu sprechen. Später kurze Anfälle dieser Unfähigkeit. Kein vollständiger Verlust des Bewusstseins, oder des schriftlichen Ausdrucks und des Verständnisses einfacher gesprochene oder geschriebener Worte. Wiederholtes Aeussern einfacher Worte, und permanentes Häsitiren beim Sprechen. Später wiederholte Anfälle von convulsivischen Bewegungen der Flexoren der rechten Hand; Paresis der Extensoren. Gelegentliche allgemeine Convulsionen ohne aura und mit Bewusstseinsverlust. Frontale und occipitale Kopfschmerzen. Beiderseits gleiche Neuritis optica. Zu gleicher Zeit mit den localisirten Convulsionen (der Hand) treten auch convulsivische Bewegungen des Augenlides, mit Aufwärtsdrehung der Augäpfel auf Veränderung der Sensibilität konnte nicht ausfindig gemacht werden. Grosse Dosen von Jodkalium hatten keine Wirkung. Operation. Der Tumor wurde grade über dem motorischen Sprachcentrum gesucht, und nicht gefunden. Zwei Tage darauf trat der Tod ein. Der Tumor (histolog. Angaben fehlen) fand sich in demselben Niveau wo man ihn gesucht hatte, aber hinter der motorischen Gegend, in der Supra-Marginalwindung. Die motorischen Windungen waren gesund, abgesehen von Wirkungen des Drucks. Der Autor hält die Sprachlosigkeit für eine Folge der Anämie und des Oedems der afficirten Hemisphäre, die Sprachfunction wäre infolge ihrer verhältnissmässig hohen Empfindlichkeit gestört worden. Die localisirten Convulsionen können nicht erklärt werden. Die Bewegungen des oberen Augenlids sind interessant, denn man hatte ihnen ihren Sitz in den unteren Parietal-Lappen angewiesen. E. Goodall (Wakefield).

424) **J. H. Mc. Bride** (Milwaukee): Report of cases illustrating cerebral localization. (The journal of nervous and mental disease. August 1890.)

Ein 28 jähriger Mensch erblindete innerhalb eines halben Jahres zuerst auf dem linken, dann auf dem rechten Auge. Zu gleicher Zeit stellten sich zuerst in dem rechten, dann in dem linken Beine heftige Schmerzen ein, wozu sich bald eine Parese dieser Extremitäten gesellte. 3 oder 4 Monate später werden auch die Arme paretisch, ohne dass dort zuerst Schmerzen vorangegangen wären. Zugleich entwickelte sich eine beträchtliche Incoordination und Tremor dieser Extremitäten. Die tiefen Reflexe waren stark gesteigert; die Muskeln wurden leicht atrophisch. Der ganze Körper war anästhetisch. Ophthalmoscopisch fand man beiderseitige Opticusatrophie. Sonst war kein Hirnnerv gestört, die Sprache war intakt. Alle 4 bis 5 Tage stellte sich heftiger, ca. 6 Stunden anhaltender Kopfschmerz in Stirn- und Scheitelgegend ein. Ein oder zweimal im Monat traten allgemeine epileptiforme Krämpfe auf. Der Zustand des Patienten wurde immer schlimmer, die geistige Thätigkeit nahm ab und ca. 1½ Jahr nach Beginn des Leidens starb Patient im Anschluss an einige epileptiforme Krampfanfälle. Bei der Section fand man im wesentlichen zwei symmetrisch in beiden Hemisphären gelegene, hauptsächlich die motorischen Regionen einnehmende Sarcome. Dieselben erstreckten sich nach vorne auf ⅓ der 1. und 2. Stirnwindung, nach der Seite auf ⅔ der Centralwindungen und ½ des oberen Parietalläppchens, nach hinten bis auf einen geringen Theil des Präcuneus und nach unten bis zum corpus callosum resp. rechts noch ½ Zoll in dies hinein. Die Rindensubstanz war nur im oberen Drittel des gyrus präcentralis zerstört, sonst war dieselbe allenthalben erhalten und hatte der Tumor nur die weisse Substanz zerstört. Beiderseits war die mittlere Partie der Hirnschenkel, wie die vorderen Pyramiden erweicht. Eine genauere mikroskopische Untersuchung hat leider nicht stattgefunden.

Verf. erwähnt einen zweiten Fall von Apoplexie in der corona radiata unter der Insel und dem hinteren Theile der dritten Stirnwindung. Der betreffende Patient starb im Verlaufe eines Tages. Verf. glaubt, dass er durch eine schleunige Operation und Entfernung des Blutklumpens hätte gerettet werden können. (??) Strauscheid.

425) **Charcot**: Sur un cas de migraine ophthalmoplégique; (Paralysie oculomotrice périodique.) Leçon recueillii par M. ledocteur Quinow. (Le Progrès médical 1890. Nr. 31. 32.)

Die Anfälle dieser Form von Migräne sind dadurch ausgezeichnet, dass sie stets mit einer Lähmung des Oculomotorius verbunden sind und zwar sämmtlicher Aeste desselben, es sich also zum Unterschiede von einer Ophthalmoplegia interna oder externa um eine totale Ophthalmoplegie handelt. Andere Bezeichnungen für diese Form sind „Recidivirende Oculomotoriuslähmung" (Manz, Münthner) und „Periodische Oculomotoriuslähmung" (Senator, Joachim); Charcot zieht den oben erwähnten Ausdruck „Migraine ophthalmoplégique" aus dem Grunde vor, weil gerade der Kopfschmerz die Hemicranie, eine Hauptrolle in dem Krankheitsbilde spielt; seitdem 1884 Moebius zuerst diesen Symptomencomplex analysirte, sind verschiedene neue

publicirt worden, deren Gesammtzahl ungefähr 19 beträgt, denen sich der vorliegende von Charcot als 20. anschliesst. Diese Fälle bilden trotz individueller vielfacher Variationen doch eine pathologisch zusammenhängende Gruppe, die als einem besonderen klinischen Bilde angehörend, betrachtet zu werden verdient.

Es handelt sich bei dieser Form um eine totale Lähmung des Oculomotorius, — die übrigen Augennerven nicht in Mitleidenschaft gezogen — und treten daher folgende Symptome in Erscheinung: Stabismus divergens, Ptosis, Diplopie, ferner alle charakteristischen Symptome der Ophthalmoplegie interna: Accommodationslähmung, Reactionslosigkeit der Pupille auf Lichteinfall und Convergenzbewegung. Die Lähmung betrifft stets nur ein Auge, und in den einzelnen Anfällen stets dasselbe Auge. Das Auge selbst erscheint während derselben leicht congestionirt, die ophthalmoskopische Untersuchung ergiebt negative Resultate. Der Verlauf der Anfälle ist folgender: Stets eröffnet der Kopfschmerz häufig ein intensiver unerträglicher Schmerz, in Form einer Hemicranie par excellence die Scene, der während seiner ganzen Dauer auf einer Seite localisirt seinen Sitz regelmässig wie bei den gewöhnlichen Migrainen in der Schläfegegend hat und bald nach dem Hinterkopf, bald nach dem Nacken oder gleichzeitig nach beiden Richtungen sich erstreckt. Zu diesem Kopfschmerz treten gewöhnlich Unwohlsein, Nausea und Erbrechen hinzu. Die Dauer des Kopfschmerzes ist in den einzelnen Anfällen verschieden; mag sie aber kurz oder lang sein, stets sind deutlich morgendliche oder abendliche Exacerbationen vorhanden. Characteristisch ist das bruske Nachlassen der Schmerzen, die plötzlich in dem Moment verschwinden, in welchem die motorische Lähmung einsetzt. Zugleich mit dem Schmerz verschwinden Unwohlsein, Nausea und Erbrechen plötzlich, um der Lähmung Platz zu machen, die anhaltend während einer verschieden langen Zeitdauer — einige Stunden bis zu mehreren Wochen — bestehen bleibt.

Die Dauer der einzelnen Anfälle deren jeder aus diesen zwei Perioden — der Hemicranie mit Nausea und Erbrechen, und der Oculomotoriuslähmung — besteht, ist sehr verschieden; das Gleiche gilt von den Intervallen, die die einzelne Anfälle von einander trennen. Es giebt 2 Typen von Anfällen; solche von kurzer Dauer (3, 4, 5, 6 Tage), die häufiger auftreten, so bei 4—6-tägiger Dauer circa alle Monate einmal; während bei der zweiten Categorie von Anfällen die Dauer im Allgemeinen eine längere, 10 bis 15 oder 20 Tage, das Auftreten derselben aber auch ein ungleich seltenes ist. Dabei sind jedoch die Intervalle bei letzteren häufig nicht völlig frei; der Kopfschmerz tritt vielfach innerhalb derselben in rudimentärer Form auf und die Lähmungserscheinungen persistiren, wenn auch in abgeschwächtem Grade. Es besteht dann Neigung zu einem continuirlichen Zustande, so dass man eher von einer continuirlichen Erkrankung mit Exacerbationen sprechen kann. Bei der ersten Gruppe, den kürzeren und häufigeren Anfällen, können bei einzelnen Individuen einzelne derselben nur aus einer Periode, der der Hemicranie bestehen.

Der Beginn der Erkrankung fällt im Allgemeinen in die Kindheit — 11 Monate, 4., 5., 15. Lebensjahr, ausnahmsweise liegt der Zeitpunkt des Beginns später, wie in dem vorliegenden Falle, in dem der erste Anfall im

30. Lebensjahre sich zeigte, doch waren hier wie auch bei einigen ähnlichen Fällen den mit Ophthalmoplegie verbundenen migränösen Anfällen solche ohne Symptome von Oculomotoriuslähmung vorhergegangen.

Diese Form scheint bei Frauen häufiger zu sein als bei Männern; von den bis jetzt bekannten Fälle wurden nur 4 bei den letzteren beobachtet.

Aetiologisch wird in 2 oder 3 Fällen Schlag oder Stoss auf den Kopf angegeben, in anderen nervöse und migränöse erbliche Belastung erwähnt. Im vorliegenden Falle hat der Vater des Kranken mehrere Male an Bleikolik gelitten, während eine Tante mütterlicherseits geisteskrank war.

Was den Verlauf anbetrifft, so scheint in einzelnen Fällen (Marie, Parinaud) Tendenz zur Besserung zu bestehen, doch kann man bis jetzt einen Fall von wirklicher Heilung nicht anführen. Die Erkrankung hat vielmehr häufiger Neigung zu allmähliger Verschlimmerung, namentlich in der Gruppe der länger dauernden Anfälle, bei denen die Lähmungserscheinungen, wenn auch in abgeschwächter Form, während der Intervalle gern persistiren. Hinsichtlich der Diagnose ist diese Form der Migräne nicht mit anderen ebenfalls mit Sehstörungen complicirten Formen der Migräne (der ophthalmischen) zu verwechseln. Ferner könnte ein intracranieller Tumor ähnliche Symptome hervorbringen, doch werden in einem solchen Falle die noch nebenher bestehenden Erscheinungen namentlich die Neuritis optica auf den richtigen Weg führen. Ferner darf man sie nicht mit den recidivirenden Ophthalmoplegien zusammenwerfen, die bald den Oculomotorius, bald den Abducenz betreffen und bei der Tabes häufig vorkommen; diese sind nie von Migräne und Erbrechen begleitet, ausserdem wird das Bestehen weiterer tabetischer Symptome ihren wahren Character sofort aufklären.

Im vorliegenden Falle handelt es sich um eine kräftige, im Uebrigen gesunde, mit constitutionellen Krankheiten nicht behaftete, 35 jährige weibliche Person, die sich mit Broschiren beschäftigt und deren Vater, 70 Jahre alt, als Schriftsetzer mehrere Male an Bleikoliken gelitten hat und deren eine Tante von Seiten der Mutter geisteskrank war. Im Alter von 15—16 Jahren bekam sie Anfälle von Migräne mit Erbrechen und zuweilen auch Diarrhoe, die ziemlich regelmässig zweimal monatlich auftraten mit Schmerzen in beiden Kopfhälften, abendlicher Exacerbation und von 7—8 stündlicher Dauer. Im 23. Lebensjahre mit dem sehr verspäteten Eintritt der Menstruation cessirten diese Anfälle, als im Februar 1885 der erste Anfall mit Ophthalmoplegie sich einstellte, ohne dass die Kranke irgend eine äussere Veranlassung für sein Erscheinen angeben kann.

Der Anfall begann mit rechtsseitigem Hinterkopfsschmerz, der sich allmählig auf die Parieto-temporalgegend und schliesslich bis in die rechte Orbita erstreckte, mit welch' letzterem Eintreten Nausea und Erbrechen, das schon im Beginn aufgetreten war, heftiger wurden. Am Abend gegen 9 Uhr erreichten die Schmerzen ihren Höhepunkt und erschwerten den Eintritt des Schlafes; beim Erwachen am nächsten Morgen begann die Hemicranie sofort von Neuem, die anfänglich erträglichen Schmerzen nahmen im Laufe des Tages zu, um am Abend gegen 5—6 Uhr ihre stärkste Intensität zu erreichen. In dieser Weise ging es täglich weiter fast einen ganzen Monat hindurch, an dessen Ende mit plötzlichem Aufhören des Schmerzes sofort die Lähmung des rechten Oculomotorius einsetzte mit Ptosis, Strabismus, Mydri-

asis, Diplopie, Sehstörungen, die ebenfalls nach ungefähr einmonatlicher Dauer plötzlich verschwanden, ohne Folgen zu hinterlassen.

Der zweite Anfall trat ungefähr nach Jahresfrist im Februar 1886 auf, dauerte in der im Uebrigen dem ersten Anfall völlig gleichen ersten Periode jedoch kaum 3 Wochen, während die Lähmungserscheinungen, die sich in gleicher Weise an die erstere wie im vorigen Anfall anschlossen, in den ersten acht Tagen stärker ausgeprägt waren, dann allmählich abnahmen, aber in gewissem Grade während eines dreijährigen Zeitraums bestehen blieben. Während dieser Zeit traten alle 8 oder auch 14 Tage für einige Stunden oder selbst Tage Anfälle von rechtsseitiger Hemicranie mit Nausea und Erbrechen auf, in derem Gefolge meistenstheils die Ptosis und Diplopie für kurze Zeit sich stärker bemerkbar machten. Ende 1889 verschwanden plötzlich ohne bekannte Ursache mit dem Aufhören der Migräneanfälle die Ptosis wie die Diplopie völlig, bis nach einem Zeitraum von 3 Monaten wahrscheinlich in Folge einer heftigen Gemüthsbewegung, der dritte grössere Anfall im Januar 1890, sich einstellte, dessen erste Periode, den vorigen Anfällen völlig gleich, 20 Tage dauerte, während die diesmal im höchsten Grade auftretenden Lähmungserscheinungen, noch 4 Monate später vollkommen deutlich bestanden als Parese der vom Oculomotorius innervirten Augenmuskeln, Diplopie, Ptosis, Reactionslosigkeit der leicht erweiterten rechten Pupille auf Lichteinfall und Convergenzbewegung, ferner Accommodationsparese, die Kranke konnte nur mit Hülfe eines scharfen Convexglases in gewöhnlicher Entfernung lesen. Daneben fand sich aber auch gekreuzte Diplopie, also Lähmung des Nervus abducens, der einzige bis jetzt bekannte Fall, in dem Abducenslähmung bei ophthalmoplegischer Migräne beobachtet wurde.

Am linken Auge fanden sich bei der Untersuchung völlig normale Verhältnisse.

Seit 3 Monaten sind bei der Kranken in gleicher Weise wie nach dem zweiten Anfall von Zeit zu Zeit für einige Stunden oder Tage mit oder ohne Nausea und Erbrechen unter temporärer Zunahme der Oculomotoriusparese leichtere Anfälle von Hemicranie aufgetreten.

Die Behandlung der Affection hat, in Berücksichtigung der guten Erfolge, welche die Darreichung der Bromsalzen bei einer anderen Form der Migräne, der ophthalmischen, gezeitigt hat, auch in diesem Falle in der methodischen eine Reihe von Monaten durchgeführten Darreichung derselben bestanden, in denen die Kranke in der ersten Woche täglich 4,0, in der zweiten 5,0 und in der dritten Woche 6,0 Gramm Bromkali täglich erhielt in der nächsten Woche dann wieder mit 4,0 angefangen und so in regelmässigem Turnus fortgefahren wurde. Die Kranke hat vom 21. Mai d. J. ab Bromkali in der beschriebenen Weise erhalten, das von günstiger Wirkung auf die Symptome gewesen ist, denn die Kranke hat seitdem nur einen leichten Anfall mit folgender kurz dauernder Ptosis am 28. Mai gehabt, und am 20. Juli d. J. ergab die Untersuchung: Fehlen jeder Beschwerden von Seiten des Kopfes, weder Ptosis noch Diplopiebestand; die Bewegungen des rechten Bulbus waren völlig normal und unbehindert, die rechte wie die linke Pupille zeigten normale Reaction auf Lichteinfall wie auf Convergenzbewegung, die Accomodationslähmung war völlig gehoben.

Die pathologische Anatomie dieser Zustände ist noch wenig bekannt es ist jedoch mehr wie wahrscheinlich, dass bei den Anfällen dieser Form der Migräne, die von kürzerer Dauer sind, es sich um vorübergehende functionelle, bleibende Läsionen nicht hinterlassende Störungen handelt, dass jedoch bei längerer Dauer und öfterer Wiederholung der Anfälle, namentlich wenn dieselben von grosser Intensität und von bleibenden Lähmungserschei, nungen gefolgt sind, diese Fluxionen in den betreffenden Parthien des Nervensystems eine bleibende Läsion schaffen können. In solchen Fällen handelt es sich wahrscheinlich um entzündliche Vorgänge, welche die Parthien selbst afficiren, in denen periodisch die Fluxion stattfindet. Hinsichtlich des Sitzes der Affection wird durch den Kopfschmerz im Anfalle hinlänglich eine Betheiligung des V. Nervenpaares dargethan; die Oculomotoriuslähmung ist allem Anschein nach eine periphere, und keine nucleare dafür sprechen die Coexsistenz der internen und externen Ophthalmoplegie, der unilaterale Character: selbst eine Affection des Nervenstammes in der Gegend, in der er den Pedunculus umfasst, erscheint schon desshalb unmöglich, da eine in diesem Theile des Nerven befindliche Läsion sich genügend durch eine alternirende Hemiplegie kennzeichnen würde. Es muss also die bald ohne weitere Symptome vorübergehende, bald bleibende Erscheinungen hinterlassende Affection im peripheren Verlauf an der Basis cerebri ihren Sitz haben, und dass in geeigneten Fällen sie sich auch auf die benachbarten Parthien der Meningen erstecken kann, ist leicht begreiflich. Der Sectionsbefund von Gubler, wenn es sich in dem Falle um die in Rede stehende Erkrankung gehandelt hat, würde als Beweis dieser Hypothese angezogen werden können. (Oculomotorius eingebettet in Exsudat und in der Nähe eine Verdickung der Pia.) Läsionen im peripheren basalen Verlauf des Oculomotorius bestätigen auch zwei weitere Autopsien, die eine von Weiss, (Wiener med. Wochenschr. 1885. Nro. 17), (Oculomotorius von tuberculösen Massen durchsetzt an der erwähnten Stelle), die zweite von Richter (Archiv f. Psychiatrie A. XVIII. pag. 259) veröffentlicht. (Fibrochondrom an der Eintrittsstelle des Nerven in die Dura mater, das die Oculomotoriusfasern auseinander drängte, ohne sie jedoch zu zerstören). Damit sind aber nicht die bacillären Wucherungen oder das Fibrochondrom als Ursache der Migräneanfälle anzusehen; es spricht dagegen die Periodicität derselben, das Verschwinden der während der Anfälle in die Erscheinung tretenden Symptome in den Intervallen wenigstens anfangs, dann die lange Dauer der Erkrankung, deren Beginn in den meisten Fällen in die Kindheit zurückreicht, vielmehr wurde dadurch die vielfältige Wiederholung der Anfälle von den im Beginn rein dynamischen und essentiell temporären Störungen im Laufe der Zeit ein locus minoris resistentiae geschaffen, auf dem sich nun unter Einwirkung einer Diathese und unabhängig von der migränosen Affection Neoplasmen entwickeln konnten.

Ob in dem vorliegenden Falle schon eine bleibende Läsion besteht, diese Annahme ist nach Charcot's Ansicht sehr wahrscheinlich, aber freilich nicht mit absoluter Sicherheit bewiesen, aber ebenso wenig, dass die etwa bestehende Läsion für die Therapie gänzlich unzugänglich sei.

Holtermann.

426) **Ladame** (Genf): Ueber procursive Epilepsie.

Der Fall, welcher der vorliegenden Arbeit zu Grunde liegt ist folgender: 17 jähriger beiderseitig sehr schwer neuropathisch belasteter Mensch, der in seiner früheren Jugend vielfach misshandelt und verwahrlost worden war. Vom 10. Lebensjahre an petit mal, bestehend in ängstlichen Hallucinationen, unter deren Eindruck der Kranke einige Zeit lang gerade auslief, bis er wie in Ermattung halt machte.

Ausserdem werden noch 2 Fälle von Bourneville und Bricon angeführt.

Weder die hier noch die anderweitig neuerer Zeit angeführten Beweise und klinischen Beispiele konnten der Ref. davon überzeugen, dass die Aufstellung einer Epilepsie procursive klinisch berechtigt ist:

In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um petit mal oder um auraartige Zustände, in welchen der Pat. einer Gefahr, die ihm durch Hallucination vorgetäuscht war, zu entgehen sucht, oder wo ihn ein mehr allgemeines Angstgefühl veranlasst, fortzulaufen.

Wie häufig beispielsweise ist die Art von petit mal in dem Anfangsstadium der Epilepsie des Kindesalters, das der kleine Patient, welcher als aura einen wirklichen Schmerz oder unbestimmtes allgemeines Unbehagen empfindet, der Mutter zuläuft und sich an sie klemmt, den Kopf in ihren Schooss birgt, bis die Sache vorüber. Wie Verf. p. 8 selbst andeutet.

In diesen Fällen ist doch nicht das Laufen das Krankhafte. Das ist vielmehr physiologisch völlig motivirt, sondern die Hallucinationen, oder die verschiedenen Unlustempfindungen, denen die Patienten zu entgehen suchen. Die übrigen als charakteristisch für Epilepsia procursiva angeführten Symptome sind meines Erachtens, weder im einzelnen so scharf ausgeprägt oder in ihrer Combination pathognomonisch, um das Krankheitsbild klinisch zu machen. Noch weniger berechtigen die anatomischen Befunde bei E. p. bis jetzt wenigstens zur Aufstellung eines natürlichen pathologischen Bildes.

Wildermuth (Stuttgart).

---

427) **O. Rosenbach**: Ueber functionelle Lähmung der sprachlichen Lautgebung. (Deutsche Medicinische Wochenschrift. 1890.)

Verfasser subsumirt unter den im Titel angegebenen Namen eine Reihe bisher gesondert abgehandelter und verschieden benannter Störungen der Sprache zu. Nach seiner Argumentation sind alle hysterische Sprachstörungen von dem gänzlichen Ausfall des Sprachmechanismus (hysterische Stummheit, Apsithyria etc.) an bis zum phonischen functionellen Stimmritzenkrampf unter einem Gesichtswinkel, dem der gestörten Innervation zu betrachten. Es ist ihm für das Wesen der Krankheit, dem Ausfall der Lautgebung beim Sprechen, gleichgültig ob gar keine Innervation, stattfindet oder ob die Lautgebung durch unpassende oder unzureichende oder übermässige Innervation vereitelt wird: „In dem einen Falle werden die Spannkräfte des Organismus dazu verwendet, die auf einen bestimmten sensiblen Reiz hin mit Sicherheit eintretenden (Muskel-) Reflexe bereits im Centrum zu hemmen, in dem anderen wird dem an die Peripherie gesandten und dort in einer Muskelbewegung zum Ausdruck kommenden Reiz in antagonistisch wirkenden Bahnen nachgesandt“. Bei psychischen Einwirkungen wird nach

R. eher ein Ausfall der Sprache zu Stande kommen, während die perverse Innervation der Sprachmuskulatur mehr die Folge wirklich vorhandener peripherer Störungen im Gebiete des Kehlkopfs, des Rachens, und der Nase sein wird. Verfasser schliesst mit dem Eindruck des Zweifels daran, dass sich der von ihm vorgeschlagene zusammenfassende Namen das Bürgerrecht verschaffen werde. Referent theilt diesen Zweifel deswegen, weil die sprachliche Unterscheidung mehrerer *äusserlich* ganz verschiedener Affectionen selbst wenn sie eine gemeinsame Aetiologie besitzen, in differential-diagnostischer Beziehung von hohem Werthe ist und vor Irrthümern bewahrt. Schliesslich kann Referent dem Verfasser nicht zugeben in seiner des Referenten Arbeit „Ueber Apsithyria" den „fundamentalen" Unterschied zwischen Apsithyria und phonischen functionellen Stimmritzenkrampf betont zu haben. Referent hat gar keine Veranlassung gehabt auf das *Wesen* der letzteren Erkrankung einzugehen sondern hat nur die charakteristischen Unterschiede in der *„äusseren Erscheinungsform"* angegeben. — Die Einzelheiten der interessanten und bestechenden Argumentation des Verfassers müssen im Original nachgelesen werden. Peltesohn.

---

428) **Morvan**: De la chorée fibrillaire. (Gazette hebdomadaire 1890. Nro. 15.)

M. hat in 5 Fällen fibrillaire und fasciculäre Zuckungen, wesentlich in den an der dorsalen Seite der unteren Extremitäten gelegenen Muskeln gesehen, ohne Störung willkürlicher Bewegungen. Seine Beschreibung deckt sich nach Auffassung des Ref mit dem Paramyoclonus, obwohl M gegen diese Identificirung seiner Fälle protestirt. Kurella.

---

429) **H. Krukenberg**, (Hamburg): Ein Fall von allgemeiner cutaner und sensoricher Anaesthesie mit tödtlichem Ausgang ohne anatomischen Befund. (Deutsche Arch. f. klin. Med. Bd 46. 11 2.)

Die neurologischen Symptome des Falls ergeben sich aus dem Titel Es handelt sich offenbar um eine Psychose, wie Verfasser auch andeutet Patient ging an einer scorbutähnlichen Erkrankung zu Grunde; diese selten besonders beschriebenen mit Pupura verbundenen scrobutähnlichen Zustände werden jedem erfahrenen Psychiater bei schlecht genährten Irren vertraut sein, und erklären sich, ohne dass man wie K. die trophischen Nerven zu Hilfe ruft, aus der unregelmässigen Aufnahme und der oft durch Wahnideen bedingten capriciösen Auswahl der Speisen von Seiten deprimirter alter Irren. Kurella.

---

430) **Tölken**: Beobachtungen über hysterische Contracturen. (Zeitschr. f. klin. Medicin. Bd. 17. Supplem.-Heft.)

T. hat in einem von etwa 150 Knaben bevölkerten Waisenhause eine grosse Zahl von Contracturen meist des Hüftgelenks, auftreten sehen, die sich im Schlaf fortsetzten, in der Narkose nachliessen, und meist nach einmaliger Anlegung eines längere Zeit bleibenden Gypsverbandes dauernd verschwanden. Einige wenige Recidive gingen nach einer erneuten Eingypsung dauerd zurück. Kurella.

---

431) Jules Morel: L'Electrothérapie dans les maladies mentales. (Extract du Bulletin de la société de médicin mentale de Belgique 1889).

Im Wesentlichen ein Extrakt aus den verschiedenen Werken über Elektrotherapie, Erb, Arndt, Tigges, Jolly, Benedict u. A. das eine erfreuliche Bekanntschaft namentlich auch mit der deutschen Literatur verräth. Eigene Beobachtungen sind nicht angeführt, doch geht aus dem Ton, in welchem das Buch gehalten ist, hervor, dass Verf. zu den optimistischen Elektrotherapeuten gehört.

Wildermuth (Stuttgart).

---

432) Wold. Gerlach: Untersuchungen über die Unabhängigkeit der Bildung anästhetischer Hautflecke von der Erkrankung zugehöriger Nerven bei der Lepra anästhetica. (Inaug. Diss. Dorpat 1890. Mit Tafel.)

Ein an reiner Lepra anästhetica leidender Pat., welcher bald nach seiner Aufnahme in die Abtheilung von Prof. Dehio an einer intercurrenten Krankheit zu Grunde ging, gab dem Verf. Gelegenheit das mikroskop. Verhalten der peripheren Nerven bei der Lepra anästhetica zu prüfen. Was die anästhetischen Flecke anbetrifft, so erwiesen sich dieselben mikroskop. durch eine lepröse Infiltration der Haut hervorgerufen und ergab sich ein den Anfangsstadien der tuberösen Lepra ganz analoges Bild. In dem jüngsten Stadium der Erkrankung sind dabei trotz kleinzelliger Infiltration der Lederhaut die allerfeinsten Nerven noch wohl erhalten. Es ist folglich bei des sog. Lepra nervorum die Hauterkrankung ebenso selbstständig wie bei der L. tuberosa. Weiter lässt sich nachweisen, dass die zu einem anästhetischen Hautfleck ziehenden Nerven *zuerst peripher* erkranken, indem ihre feinsten Endzweige von der leprösen Neubildung umwuchert und zerstört werden. Hierdurch wird erstens eine rasche aufsteigende degenerative Inactivitätsatrophie der Nervenfasern, ferner eine langsame aber stetig zunehmende lepröse Erkrankung des ganzen Nervenzweiges veranlasst. Diese letztere lepröse Entartung kann ausserdem noch regionäre Metastasen in den Nerven selbst machen, die an geeignetem Ort in excessives Wachsthum übergehen und nun auch eine absteigende (nicht specifische) Degeneration hervorrufen können. Hierdurch würde auch eine „aus der Entfernung" entstandene Anästhesie möglich sein, die indessen noch nicht sicher nachgewiesen ist. Ueber Details und Methode der Untersuchung ist das Original zu vergleichen.

Mercklin (Riga).

---

433) O. Rosenbach: Ueber psychische Therapie innerer Krankheiten. 33 p. 8°. (Berliner Klinik. Heft 25 Juli 1890.)

Den Inhalt der geistvoll und gewandt geschriebenen Abhandlung bildet der vom Hypnotismus ausgehende Versuch, diesen von andern Formen psychischer Therapie abzugrenzen. R. sieht in der Hypnose nur den Effect gewisser Vorstellungen auf den psychischen Zustand der hypnotisirbaren Person, eigentlich hypnotisire sich die Versuchsperson selbst, und erwartet desshalb eine Suggestionswirkung nur bei solchen Vorgängen einer Krankheit die sich in der psychischen Sphäre documentiren. Er betont gegenüber der Hypnose, die zur Voraussetzung den Glauben und eine gewisse mystische Stimmung hat, den Werth eines Appells an die Intelligenz, an die Selbstkritik des Patienten gegenüber seinen aus Vorstellungen hervorgegangenen

nervösen Störungen, und pädagogische Maassnahmen, als solche betont er besonders den Einfluss einer Versetzung in eine andere Umgebung, und daneben den faradischen Pinsel bei hysterischen Krampf- und Parese-Erscheinungen der Kinder. Man wird R. darin im wesentlichen nur beistimmen können; nur soll dazu bemerkt werden, dass es vielen recht erwachsenen Hysterikern und Neurasthenikern gegenüber recht am Platze ist, sie — etwas pädagogischen Takt vorausgesetzt — wie Kinder zu behandeln. Es mag für manche Naturen schwer sein, es anzuerkennen, aber es giebt nun einmal therapeutische Aufgaben, die sich durch wohlwollende und consequente Bevaterung besser lösen lassen, als mit den exactesten Methoden der officiellen Neurologie. Sehr mit Recht betont R. zum Schluss, dass die „vis quae facit dormire“ und analoge „Kräfte“ der Medicamente oft genug, ebenso ausschliesslich in der Vorstellung des Patienten existirt, wie die magnetische vis des Wundermanns, der ihn einschläfert. Kurella.

434) **Frederic Bateman**: On Aphasia or loss of Speech and the localisation of the Articulated Language. (Ueber Aphasie oder Sprachverlust und die Localisation des artikulirten Sprach-Vermögens.) (London J. A. Churchill 1890.)

Die erste Auflage dieses Buches erschien vor 20 Jahren und war bald erschöpft; seitdem sind viele Thatsachen angesammelt worden, aber noch viele dunkle Punkte harren der Aufklärung.

Die factischen natürlichen Verhältnisse sind viel subtilerer Natur, als die Beschreibungen und Diagramme unserer physiologischen Handbücher und so wird durch Dr. Bateman's Buch, obgleich es ohne Zweifel unser thatsächliches Wesen vermehrt, die schematische Schärfe unsres Begriffs von Aphasie zerstört, und einigermassen unbestimmt und unsicher gemacht. Dr. Bateman's Original-Beobachtungen sowohl als diejenigen, welche er anführt, machen es zweifelhaft, ob das Sprachvermögen ausschliesslich in einem bestimmten Theil des Gehirns localisirt werden kann. Dr. Bateman bemerkt: „Nach genügender Abwägung aller einander wiedersteitender Beweise der vorhergehenden Seiten, kann man, glaube ich, das Schottische Verdict „nicht bewiesen“ auch mit Bezug auf die willkürliche und definitive Localisation des Sprachvermögens anwenden, und das einzige, was zugegeben werden kann, ist, dass die gesunde Thätigkeit eines begrenzten Theiles der linken Hemisphäre für die *äussere* Manifestation des artikulirten Sprachvermögens nöthig zu sein scheint. Dr. Bateman führt die Ansichten von Dr. Bale über diesen Gegenstand an. „Das Gehirn ist nicht, wie moderne Localisatoren es haben möchten, ein Pianino, auf dem jede Taste einer bestimmten Note entspricht, sondern es kann viel eher mit einer Violine verglichen werden, auf welcher ein geschickter Künstler mit einer einzigen Saite fast jeden Ton hervorzubringen im Stande ist, wenn die andern Saiten zerrissen sind, wie Paganini es in der That möglich gemacht hat.“ Die Beobachtungen über Aphasie scheinen indessen zu beweisen, dass Worte durchaus loslösbar sind von Vorstellungen, — was von einigen der älteren Psychologen bezweifelt wurde, und was selbst heute noch von wenigstens *einem* wohlbekannten Sprachforscher energisch geläugnet wird; nichts destoweniger ist die Erwerbung der Sprache augenscheinlich von der Integrität der meisten intellectuellen Fähigkeiten abhängig. Wir sollten nicht so einwurfslos, wie Dr. Bateman,

die Behauptung Vogts gelten lassen, dass Microcephalen darum nicht sprechen können, weil eine bestimmte Windung bei ihnen mangelhaft entwickelt ist; wir finden vielmehr den Grund darin, dass das Gehirn im Ganzen zu klein ist, um so viel geistige Kraft zu entwickeln, wie sie zur Erreichung des Gebrauchs von Symbolen nöthig ist. Ich finde, dass Idioten, die nicht Microcephalen sind, und keine besonders mangelhaft entwickelten Windungen besitzen, ebenfalls sprachlos sind, wenn ihre geistigen Fähigkeiten auf ebenso niedrigem Niveau stehen, wie die der Microcephalen. Zur Erlangung der Sprache muss eine bestimmte Anhäufung von Ideen vorhanden sein. Das Sprachvermögen ist die Krone eines Intellects von bestimmter quantitativer vielmehr als qualitativer Stärke. Es wird schrittweise erreicht. Kinder verstehen die Sprache bis zu einem beträchtlichen Grade, ehe sie selbst sprechen. Die höheren Thiere können gelehrt werden, einfache Befehle in Worten zu verstehen, und sie versuchen sogar, ihre Gefühle und Beobachtungen mitzutheilen, deshalb können wir nicht die Ansicht Dr. Bateman's theilen, dass die Sprache eine speciell menschliche Fähigkeit ist. Die menschliche Psyche ist umfassender, wie die irgend eines Thieres, aber wenn das Verständniss der Thiere an Stärke zunähme, ohne dabei seine Natur zu verändern, so würden wir eine weitere Entwicklung ihres Sprachvermögens constatiren. Sei dem, wie ihm wolle, Dr Bateman's Buch ist jedenfalls bemerkenswerth, als Beitrag zur Medizin und zur Psychologie von einem unsrer gelehrtesten Aerzte. Er hebt den Zusammenhang seines Gegenstandes mit jedem Punkte der Medizin, Gesetzgebung, Philosophie und Pädagogik hervor. Er giebt uns einen so vollständigen Ueberblick über alle Arten der Aphasie wie es bei dem gegenwärtigen Stande der medicinischen Forschung nur möglich ist. Dr. Bateman erhebt den Anspruch, der erste zu sein, der die forensische Seite der Aphasie die Fragen, ob an dieser Krankheit Leidende vor Gericht verantwortlich sind, und gültige Contracte und Testamente aufsetzen können, behandelt hat. Dies beweist, dass er es übersehen hat, dass diese Frage schon von Balfour Browne in seinem Werk über medicinische Jurisprudence (1871 herausgekommen) behandelt worden ist. Beide sind zu denselben Schlüssen gelangt, obwohl Dr. Bademan's Kapitel über diesen Gegenstand, wegen der Anhäufung von Beispielen und des grösseren Umfangs seiner Kenntnisse reichhaltiger und klarer ist.

H. W. Ireland (Preston Lodge).

435) **H. Oppenheim** (Berlin): Zur Kenntniss der syphilitischen Erkrankungen des centralen Nervensystems mit 4 Tafeln. (Berl. Aug. Hirschwald 1890.)

Der Abhandlung liegt ein Vortrag zu Grunde, den Verf. in der Gesellschaft für Heilkunde am 17. October v. J. gehalten hat, welcher in der Berl. Klin. Wochenschrift Nro. 48 und 49 1889 veröffentlicht worden ist. Das vorliegende Werkchen ist durch 4 Tafeln und eine Reihe von Zusätzen casuistischen Inhalts vortheilhaft erweitert.

Man kann nicht sagen, dass der Verf. hinsichtlich der Hirnsyphilis wesentlich neues Material geboten hat, aber es tritt doch eine vom hergebrachten etwas abweichende Auffassung an einzelnen Stellen zu Tage und sind auch die pathologisch-anatomischen resp. mikroskopischen Befunde von hohem Werthe. Die Hirnsyphilis nimmt in der Mehrzahl der Fälle ihren

Ausgangsort in den Meningen und zwar ist die diffuse flächenhafte Neubildung der Basis, die *diffuse gummöse Meningitis basilaris* die gewöhnlichste Form. Die Section zeigt die Basis des Gehirns wie mit einem starr gewordenen Fluidum ausgegossen, die Ursprünge der Hirnnerven sind durch dieselben völlig verdeckt oder wie mit einem Schleier überzogen. Die Neubildung hat zum Theil eine sulziggallertige, zum Theil eine speckige Beschaffenheit; die grossen Arterien der Basis sind mit in den Prozess hineinbezogen. Auch unentwickelte Tumoren kommen an einzelnen Stellen — auch des übrigen Hirns — vor. Daneben finden sich Blutungen und Erweichungen. Mikroskopisch handelt es sich um ein zellenreiches, üppig vascularisirtes Granulationsgewebe, dessen Gefässe zum Theil thrombosirt und obliterirt sind. und ausnahmsweise erweitert gefunden wird. Die Arterien sind dabei immer erkrankt. Der Process greift auf die Nervenwurzeln über. Die Sehnerven und N. Oculomotorii wurden am häufigsten alterirt Die Fortsätze der Nervenscheide sind stark verdickte, kleinzellig infiltrirte, gefässreiche Bindegewebssepta. Die Nervenfasern atrophiren unter dem Drucke der Geschwulst, der Nerv ist in toto geschwollen. Die wichtigsten Folgezustände für das Gehirn sind die durch Gefässverstopfung bedingte Necrobiose und die aus der Gefässzerreisung resultirende Hirnblutung. Aus diesem pathologischen Befunde kann man a priori das Krankheits- und Symptomenbild, das ja allgemein bekannt ist und welches wir hier umgehen können, construiren.

Für die *syphilititische Convexitätsmeningitis* bilden ebenfalls die Meningen den Ausgangsort der Erkrankung und erst secundär wird die Rinde in Mitleidenschaft gezogen, indem die Ausläufer der Geschwulst in dieselben hineinwuchern. Selbstverständlich sind die Symptome am deutlichsten, wenn diese meningo-encephalitis gummosa tief in der Gegend der motor. Zone oder des Sprachcentrums sich entwickelt. Charakteristisch ist der „Verlauf in Schüben“ und das häufigere Fehlen allgemeiner Hirndrucksymptome. Im Ganzen ist nach dem Verf. die syphilitische Rindenerkrankung weniger sicher diagnosticirbar, als die Meningitis basilaris specifica. —

Die *Rückenmarkssyphilis* beschränkt sich selten auf das Rückenmark allein, sondern trägt meistens den Typus einer Cerebrospinalerkrankung. Die Lues nimmt auch im Rückenmark ihren Ausgang meistens von den Meningen und ausnahmsweise tritt sie in Form einer umstrichenen Geschwulstbildung auf, gewöhnlich als diffuse, alle drei Häute oder nur Arachnoidea und Pia ergreifende gummöse Meningitis. Die Häute sind verdickt, in dieselben ist eingelagert eine sulzig gallertige oder speckige, stellenweise rein fibröse Neubildung. Der Process greift auf die Rückenmarkswurzeln über in derselben Weise wie auf die basalen Hirnnerven; die Medulla selbst wird mehr oder weniger vollständig von der Geschwulst umklammert. Ein auf alle Fälle passendes Krankheitsschema giebt es nicht. Von Wichtigkeit sind die gleichzeitig bestehenden oder vorausgegangenen Hirnsymptomen, der schubweise Verlauf, das Kommen und Gehen des Westphal'schen Phänomens. Die Symptome der Brown-Séquard'schen Halslähmung sind in einzelnen Fällen angedeutet. Die vorwiegende Betheiligung der Meningen und Wurzeln führt zu den bestimmten Erklärungen der Hyper-

ästhesie, der Rückensteifigkeit und der neuralgischen Schmerzanfälle. Aus einem *Herde* lassen sich natürlich in der Mehrzahl der Fälle die Erscheinungen nicht erklären.

Differentialdiagnostisch ist zunächst die multiple Sclerose zu berücksichtigen. Ein wesentlicher Unterschied besteht schon darin, dass die Lues sich vornehmlich an der Peripherie (Meningen, Wurzeln) die Sclerose dagegen im Mark entwickelt. Nystagmus, skandirende Sprache und vor allem das bekannte Zittern sind für die Sclerose charakteristisch, während die Benommenheit, neuralgische Schmerzen, Hyperästhesie etc. häufiger bei der Lues cerebrospinalis sich finden. Immerhin mag man zuweilen nicht sicher entscheiden können, ob dissem. Sclerose oder Syphilis des centralen Nervensystems in getrennten Herden vorliegt.

Die *Tabes dorsalis* steht nach dem Verf. *zweifellos* in einem Zusammenhange mit der Lues, wenn sie pathologisch-anatomisch auch ein andres Bild liefert. Die toxische Theorie Strümpell's verlangt diesen pathol. anatomischen Zusammenhang nicht, deshalb erscheint sie so ansprechend. In neuerer Zeit sind nun einige Beobachtungen bekannt geworden, welche ein der Tabes ähnliches Symptomenbild zeigten und eine echt syphilitische Affection des Rückenmarks darboten (Oppenheim, Siemerling, Eisenlohr). Solche Fälle sind von besonderem Werthe, da sie zeigen, dass neben echt-specifischen Erkrankungen des Centralnervensystems Veränderungen einzelner nervöser Gebilde (nucleäre Atrophie, Atrophie intrabulbärer Nervenwurzeln, graue Degeneration der Hirnnerven) vorkommen, welche die Charactere der specifischen Erkrankungen nicht an sich tragen, Fälle, die noch am ehesten Aufschluss geben können, wie die Syphilis zur Tabes führt. Die praktische Wichtigkeit solcher Beobachtungen ist auf den ersten Augenblick zu erkennen. Diese vom Verf. *Pseudotabes syphilitica* benannte Affection ist der antisyphilitischen Cur natürlich ungemein zugänglich, leider aber im Leben nicht leicht von der echten Tabes zu unterscheiden, wesshalb denn auch der Versuch dieser Cur bei einer grossen Anzahl von Tabesfällen gerechtfertigt erscheint. Schwieriger noch gestaltet sich die Differentialdiagnose zwischen cerebrospinaler Syphilis und combinirter Erkrankung der Hinter- und Seitenstränge des Rückenmarks.

Prognostisch stellen sich die Fälle cerebrospinaler Lues ungünstiger als diejenigen reiner Hirnlues, wohl hauptsächlich deswegen, weil sie viel später und oft zu spät als luetisch erkannt werden. In keinem Stadium jedoch sollte man verzweifeln, sondern immer wieder zu dem Versuche einer antiluetischen Cur zurückkehren.

Am Schlusse dieser werthvollen mit ausführlichen Krankengeschichten versehenen Arbeit warnt Verf. davor, Syphilidophoben immer und immer wieder mit Jod und Quecksilber zu traktiren. Diese meistens gebildeten Neurastheniker haben Werke über Lues gelesen und leben in steter Angst vor dem Ausbruch der Hirnlues. Ref. hat in „Aachen als Kuort" ebenfalls diese Neurastheniker gekennzeichnet und kann dem Verf. nur beistimmen, dass eine antisyphilitische Kur hauptsächlich dadurch schadet, dass der Kranke in seiner falschen Auffassung verstärkt wird, dass dem centralen Nervensystem keineswegs gleichgiltige Gifte zugeführt werden und endlich dass die Behandlung der Neurasthenie versäumt wird. Goldstein.

436) **Wildermuth** (Stuttgart): Ueber epileptisches Irresein.
(Würtemb. Medic. Corresp.-Blatt 1890.)

W. skizzirt kurz die bisher nur wenig auseinandergehaltenen epileptischen Geistesstörungen bei denen keine Bewusstseinstörung vorhanden ist. Als solche beschreibt er 1) ein abnormes Verhalten, das in der ganzen Dauer einer Anfallsgruppe gleichmässig bleibt und nach dem „erlösenden Anfall" zurückgeht, meist eine misstrauische, persecutorische Morosität. 2) Formen die eine grosse Differenz der prae- und postepileptischen psychischen Zustände zeigen, meist mit vorwiegender Depression vor, vorwiegender Euphorie nach dem Anfall. 3) In einer anderen Reihe von Fällen treten Anomalien nur *nach* den Anfällen auf, und zwar meist in der Form einer querulirenden Manie; hier erfährt oft ein dauernder Zustand moralischer Degeneration eine, forensisch wichtige, subacute Steigerung. 4) In anderen Fällen treten die beschriebenen prae- oder postepileptischen Zustände als Aequivalente auf. Leider deutet W. nur einige weitere Thatsachen an, in deren Bereich er besonders grosse Erfahrung hat, nämlich die psychischen Zustände bei infantiler, auf diffuser Polioencephalitis und multiplen Rindenherden, beruhender Epilepsie. Kurella.

437) **H. Dedichen** (Kristiania): Acut primär puerperal Demens.
(Ugeskrift for Laevid. 1890. Nro. 1.)

Ein 25jähriges Mädchen hat während des 18 Stunden dauernden Kreisens 14 eclamptische Anfälle, liegt nach der Geburt 3 Tage lang in tiefem Schlaf ohne Bewusstsein und war in den nächsten 8 Tagen zwar tagüber wach, aber tief stuporös, zuletzt traten Gesichtsdelirien auf; 20 Tage nach der Entbindung vollständige Heilung, absolute Amnesie für die ersten 10 Tage des Aufenthalts im Gebär-Stift. Die ersten Zeichen wieder einsetzender psychischer Thätigkeit-Hallucinationen- waren 4 Tage nach der Entbindung aufgetreten. D. will deshalb den Fall als acute Demenz, nicht als hallucinatorischen Wahnsinn oder Manie gelten lassen.

Uebrigens hat die P. während ihrer Eklampsie in 19 Stunden 9 Gramm Chloral subcutan bekommen. D. erinnert deshalb daran, dass Savage häufiger nach Geburten unter Chloroform, als in andern Fällen, puerperale Symptome gesehen hat. Kurella.

438) **T. S. Clouston** (Edingburgh): On the use of Hypnotics, Sedatives and Motor depressants in the treatment of mental diseases.
(Americ. Journal of med sc. April 1889.)

In seiner bekannten geistreichen Weise empfiehlt Cl. hier den sehr vorsichtigen Gebrauch von Mitteln, die wir im gewöhnlichen Sprachgebrauch Hypnotica oder Narcotica nennen, die er aber, wie in der Ueberschrift angegeben in Classen eintheilt. Die Eintheilung ist ohne Weiteres verständlich. Cl. giebt hier gewissermassen ein Resumé seiner Erfahrung innerhalb 20 Jahren, wenn er auch sich vorsichtig ausdrückt und seine Mittheilung mit Reserve aufgenommen haben will. Dass sein Standpunkt in der Anwendung der genannten Medicamente sich mit dem deutschen nur sehr gering deckt, kann für Denjenigen nichts Befremdendes haben, der die in England, Schottland allgemein vorhandene Abneigung gegen narkotische Mittel in der Be-

handlung von Neurosen und Psychosen kennt. Wo und wann sie verordnet werden, da geschieht es immer ängstlich tastend, fast von Fall zu Fall experimentirend und einer systematischen, mit steigenden Dosen operirenden Behandlung, wie es z. B. unsere, seit Decenien eingebürgerte und bei frischer activer Melancholie bewährte Opiumbehandlung ist, kehrt man drüben einfach den Rücken.

Cl. stellt am Schlusse seiner Arbeit allgemeine Principien für die Anwendung der genannten Medicamenten auf, die hier originaliter wiedergegeben werden sollen um durch eine Uebersetzung ihrer Prägnanz und Originalität nicht zu beeinträchtigen.

1. Make up Your Mind clearly from the symptons present wether your patient needs a pure hypnotic, a general nervous sedative, or a simple motor depressant before You use any of these drugs.

2. Use all such drugs experimentally in each case at first, and watch their effects not only on the tigter nervous functions, but on all the organs and their functions: and on the general organism.

3. Even when there is sleep and quiet produced for the time with no apparently bad results, look to the general feeling of *bien-être,* the recuperative energy, the expression of face and eyes after their use, and see if there is any undue reaction as if some energy that must have an „outlet“ were merely being „suppressed“ for the time being.

4. Stop using such drugs as soon as possible, trying experimentally how the patient gets on without them.

5. Keep asking in every case: „Are we sacrificing in any degree the highest function of mental inhibition by their use“?

6. Never omit general measures for the restoration of the health, Nutrition, and tigher nervous functions while you use such remedies.

7. Paraldehyde is the purest and best harmful hypnotic yet introduced when the insomnia is marked and intractable. Urethan and Sulphonal cannot compare with it. Opium and chloral have special dangers and disadvantages.

8. Use the bromides as accentuators and prolongers of the effects of other drugs, and in order to be able to employ smaller doses than otterwise.

9. A combination of Cannabis Indica and the bromides is the best and least harmful of general sedatives.

10. Hyoscine is the best pure motor depressant; but it needs care.

11. We never should narcotize an insane patient or one threatened with mental disease.

12. It is as dangerous to use mere anodynes by the mouth or subcutaneonsly to relieve mental pain, as to subdue bodily pain by these means only, perhaps more so.

13. It is generally far better therapeutics to enable your patient to bear his mental pain and the effects of his insomnia by improving his general nervous tone and the nutrition of his body than merely to produce quiet and sleep by drugs.

14. It is commonly a safer thing for the patient, and tends more toward natural recovery from his disease, to provide a physiological outlet for morbid motor energy than merely to depress it directly by drugs.

15. It is almost always preferable to treat cortical eshaustion, irritability, and undue reflex excitability by rest and by improving the fattening and nutrition of the body than by cortinnous sperativos, the great exceptions being the treatement of epilepsy and convulsive affections by the bromides.

Erlenmeyer.

---

439) **Cas. G. Wagner**: A case of Trephining for General Paresis. (Ein Fall von Trepanation bei progressiver Paralyse.)

(American Journal of Insanity. Vol XLVII. Juli 1890, Nro. 1.)

Der Patient war ein Neger, 32 Jahre alt, verheirathet. Es war ein Fall von scharf ausgeprägter allgemeiner Paralyse mit Exaltation. Er wurde allmählich dement. Eines Morgens, — ungefähr 8 Monate nach seiner Aufnahme — wurde er von Convulsionen des linken Arms und Beins befallen. Der Anfall dauerte 2 Stunden, bei seinem Aufhören fand man partielle Paralyse des afficirten Arms und Beins; sie nahm allmählich zu, und am Morgen des zweiten Tages trat vollständiger Bewegungs- und Empfindungsverlust in diesen Körpertheilen ein. Der Patient war halb bewusstlos, und unfähig zu sprechen, in zunehmenden Coma. Die Trepanation wurde unter anästhetischen (da er auf der rechten Seite noch fühlte und hörte) und antiseptischen Vorsichtsmassregeln vollzogen, und zwar direct über der Fissura Rolandii und in ihrer Längsrichtung. Ein ausreichendes Knochenstück wurde entfernt, und die Dura mater blosgelegt: sie war in die Höhe getrieben, durch eine unter ihr befindlichen Flüssigkeit welche in grosser Menge hervorspritzte, als man einen Einschnitt in die Membran machte, sie betrug im ganzen, nachdem man den Kopf von einer Seite zur andern gedreht hatte, 6 Unzen. Die Windungen erschienen abgeplattet und die Pia mater etwas milchig. Die Höhlung wurde ausgewaschen, die Schnittflächen der Dura wurden genäht und die Wunde trainirt. Als der Patient aus der Narcose zu sich kam, machte er Bewegungen mit den Fingern der afficirten Hand und sprach ein paar Worte. Am Morgen des 2. Tages nach der Operation sprach er verständiger, als er es seit Monaten gethan hatte. Die Beweglichkeit der Finger nahm zu, jedoch keine Bewegung des Beins. Am nächsten Morgen bewegte er lebhaft Hand und Arm, und zog das linke Bein schnell zurück, wenn die Zehen gereizt wurden. Am 7. Tage hatten sich die Wundränder fest geschlossen und die Fäden wurden entfernt. Der Patient war nun im Stande, die linke Hand und den linken Arm fast ebenso zu bewegen wie den rechten, und hatte im linken Bein Kraft genug, um aus dem Bett aufzustehen und ohne Hülfe durch die Stube zu gehen. Er kam schnell zu Kräften und war am Ende von drei Wochen weniger hülfsbedürftig und konnte besser gehen, als es seit Monaten vor dem Anfall der Fall gewesen war, er wurde nun auch sehr geschwätzig, und diese erhöhte Activität dauerte 3 Wochen. Um diese Zeit begann er wieder die Controle über seine linken Glieder zu verlieren und es traten neue Symptome geistiger Stumpfheit auf. Ab und zu zeigten sich leichte Spasmen im linken Arm und Hand. In diesem Zustande befand er sich eine Woche, darauf trat der Tod ein.

Die Section ergab folgendes: Die Dura mater zusammengewachsen, die Schädelöffnung von einer Membran überbrückt, keine Symptome kürzlich

eingetretener Entzündung. Pacchymeningitis (chronisch) und starke Ansammlung über der rechten Hemisphäre, ganz nahe der Trepanationsstelle. Pseudo-Membran über die rechte Hemisphäre ausgedehnt, der rechte, laterale Sinus enthält „einen soliden" Thrombus.

Eine Pseudo-Membran auch über die linke Hemisphäre ausgebreitet. Das Hirn atrophisch. W. behauptet, dass die Besserung, die überhaupt in diesem Falle zu hoffen war, eine Folge der Trepanation und dass nur durch sie das Leben des Patienten um 2 Monate verlängert worden ist. Er glaubt, dass ferner Versuche in diesem Verfahren angezeigt sein dürften, und dass die, — rechtzeitig vollzogene — Trepanation in manchen Fällen den Krankheitsprocess aufhalten, und dem Patienten mehrere Jahre seines Lebens verschaffen kann. E. Goodall (Wakefield).

440) **v. Krafft-Ebing** (Graz): Mord. Schwachsinn. Menstruales periodisches Irresein, Paranoia. (Friedreich's Bl. f. ger. Med. 40. Jahrg. Heft V. Septbr. und Oktober.)

Akten. Die unverehelichte Marie M. erstattet am 13. 12. 1888 Morgens dem Bezirksgericht persönlich die Anzeige, dass sie heute früh ihre Quartiergeberin W. mittelst eines Holzscheits erschlagen habe. Die Gerichtskommission findet das Zimmer in grösster Unordnung, die noch warme Leiche der W. in einer geschlossenen Truhe auf dem Bauche liegend. Das Schädeldach zeigt vier Wunden, welche den Knochen nicht durchdringen. Um den Hals ist ein Wäschestrick sechsfach geschlungen, auf der Halshaut vier Strangmarken, von denen die oberste kleine punktförmige Extravasate zeigt. Der Tod erfolgte durch Erstickung. Marie M. 46 J. alt, katholisch, ledig, Magd, giebt bei ihrer Vernehmung an, dass sie wegen Krankheit bei der 70 jährigen W. Unterstand genommen und dafür 10 Kreuzer täglich gezahlt habe. Als ihr das Geld ausgegangen, sei die geldgierige W. gegen sie hart geworden und habe Befriedigung aus dem Erlös einer der M. gehörigen Truhe verlangt. Der Streit habe zu Thätlichkeiten geführt, die den Tod der W. im Gefolge hatten. Die M. will ihre Eltern sehr früh verloren haben. Später habe sie gedient, im J. 1873 durch eine sehr schwere Geburt ein Unterleibsleiden davongetragen (Blasen-Scheidenfistel), in Folge dessen sie noch kränkele. Beim Verhör zeigt die herabgekommene Person ein auffallendes Benehmen, indem sie bald weint, bald lächelt. Ihre früheren Dienstgeberinnen bezeichnen sie als fleissig, aber sehr aufbrausend und unverträglich. Bei der Verhaftung fand man bei ihr 40 Gulden, die der Erschlagenen gehörten und die sie zu verbergen gesucht hatte.

Aerztliche Exploration am 28. und 30. 12. 1888 und 5. und 8. 1. 1889. Exploratin giebt bereitwillig am 28. 12. 1888 über ihre Antecedentien Auskunft. Seit ihrer schweren Erkrankung in 1873 sei sie sehr reizbar und habe alle paar Wochen ihren Sturm. Diese Anfälle seien aufgetreten, seitdem die Regel dauernd ausgeblieben sei. Seit 73 sei sie von aller Welt seckirt und werde allgemein für venerisch gehalten. Wegen dieser Verfolgung habe sie es in keinem Dienste lange ausgehalten. Auch der Streit mit der W. sei daher entstanden. Dem Bezirksrichter wollte sie das Geld nicht aushändigen, weil er mit ihrer Dienst-Herrin befreundet, also ihr Feind war. Diese Mittheilungen werden nur schwer erhoben, weil die M. intel-

lektuell sehr tief steht. Auch ethisch zeigt sie sich defekt, insofern ihre Reue eine oberflächliche ist. Am 30. 12. zeigt sich Exploratin auffällig verändert, zerstreut, verwirrt, klagt über Kopfweh, Schlaflosigkeit und ist für eine eingehende Exploration ganz unzugänglich. Die rechte Schädelhälfte ist beim Beklopfen schmerzhaft, ebenso Druck auf Supra- und Infra-Orbital-Punkt rechts. Am 3. 1. ist der Anfall vorüber. Exploratin zeigt schmalen Stirnschädel, steil abfallendes Hinterhaupt und ist marastisch blutarm. Züge verwittert.

Gutachten. Marie M. ist intellektuell und moralisch verkümmert (Schwachsinn). Die Affecte solcher Schwachsinnigen sind abnorm hoch und dauernd und schliessen die Selbstbestimmung aus. 2. Exploratin leidet periodisch an psychischen Ausnahmezuständen. (Menstruales Irresein ?) Die im Affect begangene Strafthat kann auch im Beginn oder Abklingen eines solchen Anfalls verübt worden sein. 3. Exploratin leidet seit Jahren an Verfolgungswahnsinn oder Paranoia.

---

441) **v. Krafft-Ebing** (Graz): Gefährliche Drohung. Paranoia persecutoria. Gerichtärztliches Gutachten. (**Friedr. Bl. für ger. Med., 40. Jahrg., Heft 5, Sept. und Oct.**)

Akten. Der Tagelöhner P. macht am 11. 11. 87. seinem Dienstherrn K. in St. die Mittheilung, dass sein Mitknecht Anton H. geäussert habe, er werde jenem das Haus anzünden, falls er fortfahre, ihn bei den andern Grundbesitzern zu beschimpfen. Dem ihn zufolge Anzeige verhaftenden Gensdarmen gesteht H. die gefährliche Drohung ein und bleibt bei allen Verhören dabei, dass er von seinem Herrn überall schlecht gemacht werde. Die Zeugen geben H. guten Leumund als fleissigem Arbeiter und berichten nur von seiner Wortkargheit, sowie Aeusserungen des Verfolgungs-Wahns.

Exploration am 21. und 22. 11. A. H., 40 Jahre alt, aus P., ledig, giebt bereitwillige Auskunft. Ueber etwaige Belastung ist nichts zu erfahren. H. will schwer gelernt haben, nie erheblich krank gewesen sein. Die Verfolgung habe beim T angefangen, beim K. zugenommen. H. bezieht alle Reden und Handlungen des Dienstherrn auf sich. Auch seine jetzige Verhaftung ist nur durch K. bewerkstelligt.

Gutachten. Anton H. leidet an Verfolgungswahn (Paranoia). Derselbe gründet sich auf Sinnestäuschungen und krankhafte Einbildungen und beeinflusst Fühlen, Denken und Handeln des H. Auch die Strafthat ist nur eine Folge seines Wahns. Ueber Heilbarkeit und Gemeingefährlichkeit des H. kann nur längere Beobachtung in einer Irrenanstalt entscheiden.

Landsberg.

III. Aus den Gesellschafts- und Vereins-Verhandlungen.

I. Premier Congrès National d'alieniation mentale de Rouen. 5—8. August 1890.

(Le Progr. méd. Nro. 32, 33.)

442) **Lailler** (Rouen): *Considérations sur l'urine dans la Paralysie générale.*

Charakteristisch fand sich Nichts im Urin der Kranken, doch fanden sich gewisse Modificationen je nach der Art des Delirs. Im depressiven,

dem Ausbruch oft vorhergehenden Stadium ist die Gesammtsumme der durch den Urin ausgeschiedenen Abgänge unter dem physiologischen Verhältniss. Im ängstlichen Delir dagegen findet man eine Steigerung trotz der unzureichenden Ernährung der Kranken. In der ersten Periode der allgemeinen Paralyse findet man kein kohlensaures Ammoniak im Harn, in der letzten Periode ist es anders, was von der mehr oder weniger gelähmten Blase abhängig ist. Unter 5000 Urinanalysen von Geisteskranken fand er bei Paralytikern keinen Diabetes, auch unter den Kranken, die an Diabetes litten, erkrankte keiner an Paralyse. Bemerkenswerth ist, dass in dem Stadium in dem die Paralytiker die grösste intellectuelle Hyperactivität zu haben scheinen, die Menge der ausgeschiedenen Phosphorsäure der normalen nicht überlegen ist.

Falret (Paris) hat in den Depressionszuständen der Paralyse oft Poly- und Azoturie beobachtet mit Temperatursteigerung von Seiten des Pulses. Legrand de Saulle hat auch beobachtet, dass bei Diabetes sich oft melancholische Vorstellungen finden, die verschwinden bei Behandlung des Diabetes; es scheint also doch ein Zusammenhang zwischen geistiger Depression und transitorischem Diabetes der Paralytiker.

Charpentier behandelt einen an unzweifelhafter Paralyse erkrankten Mann, der an intermittirender Glycosurie leidet, bei einem Anderen alternirte der intermittirende Diabetes mit den Remissionen im geistigen Zustande.

443) **Saury** (Paris): *Observation de Cocainisme.*

32 jähriger Offizier, Morphinist, Opiumraucher, Cocainist. Schlaflosigkeit, Abmagerung, Hallucinationen des Gehörs, Verfolgungs- und Eifersuchtsideen hinsichtlich seiner Frau mit Gewaltthätigkeiten. Seit Injection des Cocains hatte er nach jeder Injection den unwiderstehlichen Trieb, die kleinen Hautabscesse mit einer Nadel zu öffnen, weil er Würmer, die sich kreisförmig bewegten, in ihnen zu erblicken glaubte, er sah schwarze Punkte in den Abscessen sowohl wie in der Milch, die er trank. In der Anstalt verschwanden ohne Abstinenzerscheinungen die Hallucinationen. Nach der Entlassung bald rückfällig nahm er 3—4 Gramm Cocain und Morphium pro die. Sobald das Cocain entzogen wurde, hörten die auf's Neue erschienenen Hallucinationen wieder auf. Alkoholismus bestand nicht.

Séglas (Paris) beobachtete bei einem Cocainisten hauptsächlich Störungen der Sensibilität; er glaubte kleine Insekten in der Haut zu haben und suchte diese mit einer Nadel zu entfernen, er sah solche selbst bei anderen Personen und wollte sie bei ihnen entfernen. Diese Sensibilitätsstörung exacerbirte Abends während der hypnogogen Periode.

444) **Mordret** (Le Mans): *Sur l'atrophie thyroïdienne chez les idiots.*

Bei 151 Schwachsinnigen, Halb- und Vollidioten wurde durch Palpation die Grösse der Schilddrüse untersucht; bei 36 gering Schwachsinnigen war sie in 6 Fällen atrophisch, bei 40 Imbecillen in 9 Fällen, bei 38 einfachen Idioten in 10, bei 37 Vollidioten in 19 Fällen atrophisch. M. hält diesen Befund nicht für zufällig, sondern sieht darin einen Zusammenhang zwischen Atrophie der Schilddrüse und dem Grade des intellectuellen Defects.

Sollier (Paris) ist erstaunt über diese Ergebnisse, die von denen, die er fast täglich während 5 Jahren bei der Autopsie von Idioten beobachten konnte, so völlig abweichen. Es sei unmöglich durch Palpation allein

exacte Resultate zu erreichen, man müsse die Schilddrüse wiegen und nach dem Alter des betreffenden Individuums das Volumen bestimmen. S. hat nie offenbare Atrophie oder Fehlen der Schilddrüse beobachtet ausser in Fällen von myxödematöser Idiotie.

445) **Bourneville**: *Ueber Idiotie mit Myxödem.*

44 Fälle sind bis jetzt bekannt. B. erwähnt die hauptsächlichsten Symptome dieser Erkrankung, legt der Versammlung zahlreiche photographische Abbildungen der meisten Fällen vor, sowie die Schädelcalotten zweier Kranker und den Schädel des „Pascha", eines bekannten Kranken in Bicêtre.

446) **Voisin** et **Haraut**: *Untersuchungen über den Urin in prolongirten lethargischen Zuständen.*

Bei zwei Kranken, die 8 resp. 15 Tage in Lethargie sich befanden, vollzog sich der Stoffwechsel besser wie im wachen Zustande, diese Beobachtung ist den von Gilles de la Tourette und Cathelineau veröffentlichten entgegengesetzt; doch haben die Letzteren nur Kranke untersucht, deren Schlaf einige Stunden dauerte. Aus den Untersuchungen V.'s und H.'s geht hervor: 1. der Stoffwechsel erleidet in der Hypnose keine Störungen. 2. die Hypnose ist kein pathologischer Zustand. 3. die Hypnose ist ein therapeutisches Agens, dessen man sich bedienen kann, „ohne den Stoffwechsel des Kranken zu scheuen. —

447) **Voisin** verliest einen Vortrag: *Sur l'aide, que le chloroforme á très petite dose apporte à la production du sommeil hypnotique.*

Er konnte auf diese Weise Personen in Hypnose versetzen, deren geistiger Zustand oder Erregung ihre Aufmerksamkeit zu fixiren hinderte.

448) **Gauran** (Rouen): *L'observation d'un cas de guérison de folie á la suite d'une opération de cataracte.*

26jährige Frau mit ängstlicher Melancholie, hysterischen Anfällen, hypochondrischen Vorstellungen, zeitweilige Tobsuchtsanfällen, doppelseitiger Cataract. Nach einer versuchsweisen Entlassung, Verschlechterung, maniakalische Exaltation, Incoharenz etc. Während der Besserung in der Anstalt Operation des Cataracts, seitdem völlige Heilung.

449) **Séglas** et **Sollier**: *Folie puerpérale; Amnésie, Astasie et Abasie; idées délirantes communiquées.*

Im Wochenbette beginnende Erkrankung mit den genannten Erscheinungen, wozu noch mystische Delirien von spiritistischen Dingen kamen, die der Mann der Kranken dieser in Erklärung ihrer Erkrankung und der einzelnen Symptome als spiritistischer Obsession eingeredet hatte. Verff. machen darauf aufmerksam, dass das Puerperium nur die Gelegenheitsursache für die Entwickelung der hysterischen Erscheinungen abgab; andererseits ist die Gedächtnissstörung von Wichtigkeit, die noch das organische Gedächtniss afficirt hat, da die Kranke selbst die secundären automatischen Bewegungen vergessen hatte; die Störungen des Gehens und Stehens (die Abasie und Astasie) sind eben als Beweis der Affection des organischen Gedächtnisses aufzufassen. Gleichzeitig ist auch das intellectuelle Gedächtniss erkrankt, wie das Vergessen gewisser Vorkommnisse und das Unvermögen dieselben

chronologisch zu ordnen beweist. Diese Erscheinungen sind dem Erlöschen der verschiedenen sensoriellen Bilder zuzuschreiben, der visuellen und der kinestetischen Bilder.

Als Stütze ihrer Auffassung erwähnen die Verff. die günstigen Erfolge der rein physiologischen Behandlung der Erkrankung, die darin bestand, die alten Erinnerungsbilder wieder zu erwecken, die neuen zu festigen und ihre Intensität zu stärken.

450) **Charpentier**: *Sur les démences précoces.*

Diese Form ist eine unheilbare chronische Geistesstörung, die junge Individuen, die sich bis dahin regelmässig entwickelt und keine sonstige Erkrankung dargeboten haben als die, welche die Demenz begleitete oder ihr vorherging, befällt. Diese Definition lässt die Complication der Idiotie und Imbecilität, die falschen Demenzen und die Fälle geheilter Demenz ausschliessen. Vom ätiologischen Standpunkte aus theilt Ch. sie in 10 Gruppen: 1. die Formen der Demenz bei bis dahin normal entwickelten Kindern. 2. die epileptischen Dementien, 3. die syphilitischen, 4. die alkoholischen, 5. die bei gewissen erblich Belasteten und Degenerirten sich entwickelnde Demenz, 6. die der Pupertät, 7. die nach acuten Erkrankungen, Typhus, Puerperalzuständen sich entwickelnden Formen, zu denen noch die durch Sorgen, Noth, Ueberänstrengung etc. verursachten hinzutreten, 8. die Demenz der frühzeitig auftretenden allgemeinen Paralyse, 9. die Foremen von frühzeitiger Demenz, die bei gewissen Melancholien, Manien, chronischen Melancholien, bei mystischen und Verfolgungsvorstellungen auftreten, 10. · ι Gruppe von Demenzformen aus unbekannter Ursache, in denen die völlige Demenz selten, die Dauer aber sehr lang ist; Ch. scheidet sie von den Formen der Imbecillität und des moralischen Irreseins, mit denen diese Formen von Demenz zusammengeworfen werden könnten.

Klinisch zerfallen sie in 3 Gruppen je nach der Intensität der Sprachstörung, die bei der einen Gruppe vollständig, bei der anderen in beschränktem Grade auftritt, ferner nach der Incohärenz bei der dritten Gruppe. Ch theilt einen Fall von Demenz bei einem jugendlichen Diabetiker mit, dessen Diabetes nach dreijähriger Behandlung verschwand, sowie einen Fall von allgemeinem Atherom der Arterien und Arteriolen des Gehirns, beginnend in der Höhe der Eintrittsforamina der Carotiden und Vertebrales in den Schädel; im übrigen Theil des Circulationsapparates wie in den sonstigen Eingeweiden fand sich mit Ausnahme eines atheromatösen Plaque's im Anfangstheil der Aorta nirgends eine Spur von Arterienerkrankung.

451) **Rouillard**: *Sur la Statistique et le fonctionnement de Clinique de l'asile Sainte Anne.*

R. macht auf die Schwierigkeit aufmerksam, die die Classificirung der einzelnen Krankheitsformen nach dem von dem Congress von 1889 aufgestellten Schema macht, da einzelne Fälle in zwei und mehr Kategorien rangiren können, während für andere ein Platz zur genauen Bestimmung sich nicht finden lässt.

452) **Griaud** (Rouen): *Sur les modifications à apporter à la nouvelle législation sur les aliénes.*

Er stellt folgende Sätze auf: 1. die staatliche Fürsorge für Epileptiker, Idioten und Cretins soll erweitert werden, wie der Bericht von Bourneville es fordert. 2. Die Anstellung der Assistenzärzte soll geregelt werden. 3. Es soll nicht für jede Anstalt ein Médécin-inspecteur angestellt werden mit den vom Gesetze vorgesehenen Befugnissen. 4. Die Bureauschreibereien sollen nicht ohne Noth vermehrt werden. 5. Die Höhe der Verflegungsgelder für unbemittelte Irren soll vom Conseil général nicht in unumschränkter und ein für alle Male gültigen Weise festgesetzt werden.
453) **Brunel** (d'Evreux) fordert in einem Vortrage *la création d'asiles spéciaux pour les aliénés criminels.*

Charpentier spricht dagegen; eine besondere Abtheilung bei jeder Anstalt genüge für diese Individuen, doch müsse diese Abtheilung mit Rücksicht auf die Ueberwachung und die Verhinderung bei Ausbrüchen der Kranken besonders eingerichtet sein.

Mordret: Specielle Asyle seien unnöthig. Es giebt 2 Kategorien unter den criminellen Irren; die eine sei stets gefährlich, die andere sei es nur einmal gewesen. Es giebt noch Geisteskranke, die nicht Verbrecher und doch gefährlicher als die criminellen Irren sind. Die Hauptsache ist, sie im Asyl zu halten und ihren zeitweiligen Erregungszuständen zuvor zu kommen, wozu es keiner besonderen Anstalten bedürfe.

Rouillard giebt im Namen von Lacroze, Arzt an der Abtheilung für geisteskranke Verbrecher in Gaillon, einen allgemeinen Bericht über die Organisation des Dienstes und protestirt gegen die Internirung von Geisteskranken im Asyl, die ihre Strafzeit abgebüsst haben, und von criminellen ruhigen Irren.

Bourneville macht darauf aufmerksam, dass noch vielfach darin Verwirrung herrsche, dass criminelle Irren und Verbrecher, die geisteskrank geworden sind, zusammengeworfen würden. Für die letzteren gäbe es eine Specialanstalt in Gaillon, und dass diese bestehen bleibe, darin seien Alle einig. Etwas anderes sei es mit den criminellen Irren, die entweder vor oder nach der gerichtlichen Untersuchung oder im Augenblick der Verurtheilung als geisteskrank erkannt und in eine Anstalt geschickt werden. Bei diesen handelt es sich also um Kranke, die unter geisteskrank gewordene Verbrecher zu stecken, doch kein Grund vorhanden sei. Seiner Ansicht nach genügt der jetzige Zustand; höchstens seien Abtheilungen zu schaffen, die für die Ueberwachung von criminellen Irren besonders eingerichtet seien.

Rouillard erkennt den Unterschied, von dem Bourneville sprach, an, meint aber, dass die gefährlichsten die verbrecherischen Geisteskranken, Vagabunden und Diebe sind, die immer wieder in die Asyle zurückgebracht werden, wo sie die Disciplin zu lockern suchen, und dass gegen diese besondere Massregeln ergriffen werden müssten.

Charpentier: Unter diesen gefährlichen Irren können Viele durch die Furcht in der Disciplin erhalten werden und für diese seien die besonderen Abtheilungen, die er befürwortet, ein Gegenstand der Furcht, die Ausschreitungen gegen die Disciplin verhüten würden. Die Abtheilungen sollen geräumig gebaut sein und man müsse mit den Kranken nur unter den dringendsten Umständen in Berührung kommen. Die Anlage sei kostspielig, aber nicht unmöglich.

Es werden schliesslich zwei Fragen zur Beantwortung vorgelegt:

1. Sollen Verbrecher, die geisteskrank geworden sind, in Specialanstalten untergebracht und dort gehalten werden?
   (Wird einstimmig bejaht.)
2. Sind für criminelle Irre Specialanstalten nothwendig?
   (Wird mit grosser Majorität verneint.)

453) **Brunel** spricht über ländliche Beschäftigung der Geisteskranken; er spricht sich gegen besondere Colonien aus, dagegen müsse bei jeder Anstalt ländliche Arbeit organisirt und das nöthige Terrain dazu hergegeben werden.

454) **Cullerre**: *Note sur la paralysie générale conjugale.*

C. beobachtete in 3 Fällen bei Frauen allgemeine Paralyse, deren Männer — zwei an Paralyse — einer an Tabes erkrankt waren. Lues war bei zweien sehr zweifelhaft, bei der dritten bestimmt nachzuweisen, bei dem Manne jedoch nicht sicher. Es scheint demnach die Ansicht, dass die Lues die Ursache für die Paralyse bei Ehegatten sei, doch nicht immer zutreffend.

455) **Dubuisson**: *Sur la Folie traumatique.*

Amnesie begleitet fast immer den Beginn der in Folge cerebraler Ernährung oder der allgemeinen Paralyse auftretenden Demenz, sie ist auf eine variable Periode beschränkt und erstreckt sich auf alle Vorkommnisse dieser Periode. Die nach Trauma folgende Paralyse und Manie sind congestive Formen der Geisteskrankheit. Vom forensischen Standpunkte ist es bei Frauen nach der Indemnität von Wichtigkeit, den Zusammenhang zwischen Trauma und Geistesstörung nachzuweisen. Traumen können nach D. jede Art von Geistesstörung hervorrufen, hauptsächlich Paralyse und Manie. Man muss schnell interveniren, denn der Verlauf und die Schwere der geistigen Affection stehen nicht immer im Verhältnisse zu der äusseren Schwere des Traumas.

456) **Dubuisson** stellt die Präparate eines Falles von *Porencephalie* vor. Fast die ganze linke Hemisphäre ist von einem enormen Porus eingenommen, dessen Grund durch die Seitenventrikel und das Corpus optico-striatum gebildet wird. Das Gehirn wog 675 Gramm und die Atrophie erstreckt sich gleichzeitig auf die rechte Hemisphäre. Nach D.'s Ansicht ist der Substanzverlust auf Gefässstörungen zurückzuführen, die eine destruirende Läsion im Gefolge hatten.

457) **Sollier** bespricht die Unterschiede zwischen *echter* und *Pseudoporencephalie.* Die erstere ist eine Entwickelungshemmung, die zweite ein destruirender Process.

458) **Deny** (Paris) berichtet im Namen von **Dansac** über eine Beobachtung von Pseudoporencephalie mit spastischer infantiler rechtsseitiger Hemiplegie. Linke Hemisphäre stark atrophisch, 200 Gramm weniger wiegend als die rechte; an der äusseren Oberfläche eine weite Cyste, in deren Umfang die Windungen zerstört waren, deren Gebiet dem von der linken Sylvischen Arterie irrigirten entspricht. Der Process hatte sich im 11. Lebensmonate nach mehrmaligen Convulsionen entwickelt, die von Lähmung der rechten Seite mit Atrophie gefolgt waren; von dieser Zeit an bis zum 27. Lebensjahre hatte der Kranke keine epileptischen Anfälle mehr, nur im letzten Lebensmonate traten ohne äussere Veranlassung mehrere Anfälle

partieller Epilepsie auf. Der Kranke, der an Phthisis pulmonum starb, war imbecill, konnte aber sprechen, auch die Sinnesorgane functionirten.

459) **Bayol**: *Sur la Folie dans les prisons.*

Es giebt eine ganze Reihe von Individuen, die man ihrer geistigen Fähigkeiten nach als auf einer Stufe zwischen den im engeren Sinne Geisteskranken und den geistig Gesunden stehend betrachten muss. Diese Individuen, die B. als „minus habentes" bezeichnet, sollten von Seiten der Gefängnissverwaltung einer besonderen Beobachtung auf ihre moralische Stellung hin unterworfen werden, indem dieselbe sich gewisse Regeln der psychischen Heilkunde für die disciplinare Führung und die Reform der Gefängnissanstalten zu Nutze macht. B. räth eine rigorose Untersuchung beim Eintritt der Gefangenen und eine längere Beobachtungszeit an. In jedem Falle, in dem geistige Störungen bemerkt werden, soll ein ganz specielles Regimen, heilend für die heilbaren, palliativ für die Incurabeln eingeleitet werden.

460) **Boucher** (Rouen): *Sur un cas de trepanation tardive dans un cas d'épilepsie Jacksonnienne.*

31 jähriger Kranker mit Anfällen partieller mit dem 15. Lebensjahre beginnender Epilepsie in Folge eines Stosses gegen das rechte Parietalbein, Operation verlief ohne üble Zwischenfälle. Anfälle seitdem an Zahl und Intensität geringer.

461) **Boucher**: *Observation d'une forme spéciale d'obsession chez une héréditaire.*

30jährige verheirathete Frau, von mütterlicher Seite psychisch belastet, wird von einem sich bei der geringsten Gelegenheit einstellenden Erröthen geplagt, namentlich dann, wenn man in ihrer Gegenwart von undelicaten Dingen spricht und wenn sie sich bestimmten Leuten, Freunden ihres Mannes gegenüber befindet, von denen man argwöhnen könnte, dass sie die Mätresse derselben sei. Das Gefühl, das sie erröthen macht, ist für sie eine permanente Obsession, die sich zur Zeit der Schwangerschaft steigert. Sie magert ab und hat Selbstmordversuche gemacht, um diesen quälenden Gedanken zu entgehen.

462) **Doutrebente** (Blois) theilt mehrere Fälle von *allgemeiner Paralyse* mit, die gebessert oder geheilt wurden durch ein specifisches Regimen. Bei sämmtlichen handelte es sich um alte Syphilis. Er räth in allen Fällen, in denen die Differenzialdiagnose zwischen Paralyse und auf Lues beruhender Pseudoparalyse nicht möglich ist, ein specifisches Verfahren einzuleiten, da eine grosse Reihe von Fällen dadurch gebessert oder geheilt werde.

Saury meint, die Kranken D.'s seien an cerebraler Syphilis Erkrankte und nicht wahre Paralytiker, für deren bestimmte Diagnose die Demenz, die Sprachstörung und das für Paralyse charakteristische Delir bestehen muss.

463) **Coste de Lagrave** (Rouen): *Sur l'autosuggestion cause d'hysterie.*

Die gewollte oder nicht gewollte Autosuggestion erzeugt analoge Anfälle. Ein durch specielle Autosuggestion erzeugter Anfall kann sich generalisiren und jede Arbeit von Autosuggestion begleiten. Die so producirten Anfälle können durch eine im entgegengesetzten Sinne wirkende Autosuggestion verschwinden. Werden sie nicht bekämpft, so entwickeln sie sich nach Intensität und Dauer weiter.

Der Congress stellt zum Schlusse folgende Thesen auf:

1. Die öffentliche Fürsorge für Epileptiker, Idioten und Cretins ist zu vermehren.

2. Die Anstellung von Hülfsärzten an den Asylen soll durch das Gesetz geregelt und bestimmt werden.

3. Ein Médécininspecteur mit den gesetzlichen Befugnissen ist für jede Anstalt nicht nothwendig.

4. Die Bureauarbeiten sollen nicht ohne Noth vermehrt werden.

5. Der Verpflegungssatz für unbemittelte Irren soll nicht in souveräner und eine Veränderung nicht zulassender Weise vom Conseil général festgesetzt werden.

6. Es soll ein einziger „Concours" in Paris für alle an den Anstalten Frankreichs angestellten Aerzte stattfinden.

7. Der Transport von Geisteskranken soll nicht wie der von Verbrechern stattfinden.

8. Die Anstalten sollen inmitten einer cultivirten Domäne gebaut werden, die gross genug ist, um alle dazu geeigneten Irren mit ländlichen Arbeiten zu beschäftigen.

9. Der Unterricht in der Psychiatrie soll den Studirenden erleichtert werden, indem man die Anstalten leichter zugänglich macht, als es bisher geschehen. Holtermann.

II. Societe de Therapeutic.

Sitzung vom 21. Januar 1890. (Le Progrès médical 1890. Nro. 5.)

464) **Bilhaut**: *Ueber Chloralamid.*

Anwendung bei einem Herzkranken, der Sulfonal und Chloral nicht vertrug, Dosen von 2 Gramm gegen Insomnie. B. zieht folgende Schlussfolgerungen aus seinen Versuchen.

Chloralamid ist ein starkes Hypnoticum, es kann ohne Gefahr Herzkranken gegeben werden mit Sclerose der Arterien, Dilatation der Aorta und Albuminurie; es hat keine schädlichen Wirkungen auf Herz und Nieren. Es tritt keine Gewöhnung ein trotz sechswöchentlichem täglichen Gebrauchs. Die Lösung in kochendem Wasser zerstört nicht die hypnotische Eigenschaft. Die Dosis schwankt zwischen 2—5 Gramm, die Abends vor dem Schlafengehen auf einmal zu nehmen sind. Holtermann.

III. Societe de Chirurgie.

Sitzung vom 23. April 1800. (Le Progrès médical 1890. Nro. 17.)

465) **Terillon** berichtet *über einen Fall von heftiger Contusion des Schädels ohne äussere Wunde,* nach welcher sich Kopfschmerzen, später heftige Schmerzen in der oberen linken Stirngegend mit zunehmender Intensität, Schwindel und allgemeine Abmagerung einstellten. 10 Monate nach dem Unfall wurde die Trepanation ausgeführt, die Dura incidirt. Die Pia war gesund; der Schädelknochen stark verdickt, so dass es sich wahrscheinlich um eine Ostitis in Folge der Contusion handelt. Seit der Operation waren die Kopfschmerzen verschwunden, der Kranke nahm an Gewicht zu und ist bis jetzt (8 Monate nach der der Operation) gesund geblieben.

Holtermann.

IV. Congrès des sociétes savantes.

Sitzung vom 28.—30. Mai 1890. (L'union médicale 1890. Nro. 66.)

466) **Moreau** *Ueber Folie carbonique.*

1. Langsame Einwirkung von Kohlenoxyd auf den Organismus ruft eine Reihe intellectueller Störungen hervor, die einen eigenthümlichen charakteristischen Verlauf haben.

2. Diese Affection beobachtet man hauptsächlich beim weiblichen Geschlecht.

3. Sie tritt in der grossen Mehrzahl der Fälle bei Personen ohne jegliche erbliche Prädisposition auf und ist charakterisirt durch Auftreten von Schwindel, Sehstörung, Oppressionsgefühl, Syncope, Gesichts- und Gehörshallucinationen, ein eigenthümliches Delir von Vorstellungen und Gedanken einer peinlichen Ungewissheit, Unentschlossenheit (Pseudomonomanie von Delasiauve) endlich Verfolgungsdelirien.

4. Sind die Anfälle nicht zu alt, ist die befallene Person jung, und kann sich zeitweise den toxischen Einflüssen entziehen, so tritt Heilung ein und Rückfälle sind nicht zu fürchten. Im entgegengesetzten Falle tritt rapide und unheilbare Demenz ein.

5. Alkoholismus kann das Delir verschärfen, ohne es jedoch in seinen fundamentalen Characteren zu modificiren.

6. Die Behandlung besteht in Entfernung aus dem Bereich des schädlichen Gases, einer verständigen Hygiene, Gebrauch der Tonica; ferner Gebrauch von Bromkali und Chininum hydrobromatum, lauen Bädern, Diffusionen der Wirbelsäule etc. in der acuten Periode. Holtermann.

V. Sociéte médicale des Hôpitaux.

Sitzung vom 9. Mai 1890. (Le Progrès médical 1890. Nro. 21.)

467) **Huchard:** *Ueber Albuminurie bei Morphinisten.*

Bei einem Kranken der täglich 7—8 Decigramm Morphium nahm, wurde die Dosis auf die Hälfte verringert und derselbe starb, obgleich er vorher nie an Albuminurie gelitten hatte, unter anämischen Erscheinungen. Die Albuminurie ist vielleicht durch Wirkung des Morphins auf die Medulla oblongata bedingt, doch kann sie noch in Folge arterieller Hypotension auftreten, die sich durch den Sphygmomameter nachweisen lässt. Heilung kann erfolgen, wenn der Kranke unter sorgsamer Aufsicht gehalten wird.

468) **Ballet:** *Ueber hysterische Amyotrophie.*

Bei einem mit completer sensitiver und sensorieller Hemianästhesie behafteten Kranken traten seit einem Monat an der linken oberen Extremität nicht nur eine beträchtliche Atrophie der Muskeln sondern noch der Sehnen und Knochen auf. Der Kranke hat schon mehrere Anfälle hysterischer Monoplegie gehabt.

469) **Féréol** berichtet ebenfalls in der Sitzung vom 23. Mai (Progrès médical, Nro. 22) *über hysterische Muskelatrophie.*

32 jähriger Kranker — Vater starb an Tuberculose, Mutter war nervös — dessen Kinder im zarten Alter an Meningitis starben, litt während der Kindheit an Convulsionen, war sehr impressionabel, wurde in Folge Unglücks in der Familie und theilweisen Vermögensverlustes Absynthtrinker.

3 Monate darauf ein epileptiformer Anfall, dem in den nächsten Monaten noch mehrere folgten; er verzichtete in Folge dessen auf den Alkohol, suchte aber wegen grosser Schwäche das Hospital auf. Hier constatirte man: Linksseitige Hemianästhesie, Anästhesie des Pharynx, Einengung des linken Gesichtsfeldes, Abschwächung des Gehörs, des Geschmacks und Geruchs derselben Seite, hysterogene Zonen, schwankender Gang. Beim Gehen besteht die Neigung, sich schräg nach rechts zu wenden, die sich verstärkt bei geschlossenen Augen. Muskelatrophie der linken Schulter, des Oberarms und Vorderarms, die Hand ist intact.

Sitzung vom 16. Mai 1890.

470) **Raymond** *Sydenham'sche Chorea mit Muskelatrophie.*

Der 17jährige Kranke, dessen Vater rheumatisch war und an Hemiplegie mit Atrophie starb, dessen Mutter an Nervosität litt, erkrankte Anfang des Jahres an Gelenkrheumatismus. Im April choreatische Bewegungen in der linken oberen und unteren Extremität und der linken Gesichtshälfte, damit zugleich Abnahme der Kräfte und schliesslich totale Lähmung der linken oberen Extremität mit beträchtlicher Muskelatrophie namentlich im Bereich des Deltoideus. Sehnenreflexe abgeschwächt, faradische Erregbarkeit in den atrophirten Muskeln verstärkt. Keine Sensibilitätsstörung, keine Hysterie.

Sitzung vom 30. Mai 1890.

471) **Fernet**: *Geistesstörung bei purulenter Pleuritis.*

34jähriger Kranker, von Alkoholisten abstammend, acquirirte eine linksseitige Pleuritis, die mehrmals Punktion erforderte. Nach einem halben Jahre wurde das Secret purulent und gleichzeitig trat Melancholie mit Verfolgungsideen auf, die die Ueberführung in's Asyl nothwendig machte. Nach Operation und Heilung des eitrigen Exsudats trat auch die geistige Erkrankung zurück.

Holtermann.

VI. Sociéte de medecine legale.

Sitzung vom 9. Juni 1890. (Le Progrès médical 1890. Nro. 24.)

472) **Motet** verliest einen Bericht von Leprince *über einen Fall von Arsenvergiftung.*

Es handelte sich um ein junges Mädchen, das einen Tumor in der Brust hatte und sich von einer sogen. weisen Frau behandeln lies. Diese gab ihr eine „Salbe" und ein „Wasser", nach deren Gebrauch das Mädchen innerhalb 5 Tagen starb. Die gerichtliche Untersuchung ergab, dass die „Salbe" Auripigment und das „Wasser" arsenige Säure enthielt.

Holtermann.

V. Societe de Biologie.

Sitzung vom 17. Mai 1890. (Le Progrès médical 1890. Nro. 21.)

473) **Brown-Sequard:** *Ueber ausgedehnte subpleurale Haemorrhagien in Folge Laesion des Centralnervensystems.*

Diese treten bekanntlich nach den Experimenten von Schiff auf nach Verletzung des Gehirns an der Verbindungsstelle der Pedunculi cerebelli und des Pons; sie sind aber nicht Folge von paralitischer Vasodilatation, wie man

allgemein annimmt, sondern wie B. an Meerschweinchen nachweisen konnte, hat der Versuch eine starke Contraction der grossen Hilusgefässe der Lunge im Gefolge. Diese Contraction, die sich sowohl auf Arterien als Venen erstreckt, führt im Capillarsystem eine Ueberfüllung herbei, die Rupturen bewirkt. Das Parenchym der Leber lässt ebenfalls bei diesem Versuch Ecchymosen erkennen und man findet in gleicher Weise die grossen Gefässstämme Arterien und Venen, contrahirt. Die subpleuralen Ecchymosen sind unabhängig vom Vagus, sie erscheinen auch nach Durchschneidung desselben, dagegen traten sie nicht nach Durchschneidung des Rückenmarks und des Ursprungs des Sympathicus auf, ein Beweis, dass durch den Sympathicus nervöse Erregung auf die Gefässe übertragen wird.

374) **Duval** spricht *über eine interessante physiologische Eigenthümlichkeit*, die er als inhibitorische Wirkung eines psychischen Centrums auf das andere definirt. Bei D. ist das Namengedächtniss im Gegensatz zur Norm weniger stark als die Erinnerung an die äussere Persönlichkeit; in Folge dessen kann er häufig Personen seiner Bekanntschaft nicht beim Namen nennen, obgleich ihm das Bild derselben deutlich vor Augen steht. Andererseits erinnert er sich sofort auch der ungewöhnlichsten Namen von Personen, so lange er diese nicht gesehen hat. So hat er z. B. den Namen Köllikers nie vergessen, so lange er denselben nicht persönlich gesehen, seitdem er ihn jedoch bei einem Besuch in Paris persönlich sah, kann er sich häufig auf den Namen nicht besinnen, obgleich ihm die Persönlichkeit ganz deutlich vor Augen steht. Dieses Phänomen wird mit den Jahren schwächer. hat also mit der senilen Abschwächung des Gedächtnisses nichts zu thun

(Sitzung vom 24. Mai 1800.)

475) **Féré**: *Ueber die Wirkung des Bromkali bei Epileptikern.*

Sowohl bei symptomatischer als idiopathischer Epilepsie setzt Bromkali die Anfälle herunter, kann sie sogar ganz unterdrücken, ohne jedoch die initialen Läsionen im Gehirn zu beeinflussen. So fanden sich bei einem Epileptiker, dbssen früher zahlreiche Anfälle durch Br. unterdrückt waren, bei der Section die clasische Induration des Ammonshornes, einer Olive und in der ganzen übrigen Hirnrinde in mehr oder weniger hohem Grade die von Chaslin beschrieben Neurogliasclerose.

476) **Fére**: *Ermüdung und experimentelle Hysterie, Versuch einer physiogischen Theorie der Hysterie.*

Man beobachtet in normalem Zustande bei ermüdeten Individuen eine gewisse Anzahl von Erscheinungen, Amyesthesie, Anaesthesie, Erregbarkeit etc. die vom objectiven Standpunkte aus für Hysterie charakteristisch sind. Die durch Contraction der ermüdeten Muskeln dargestellte Curve zeigt denselben Verlauf wie man sie bei Hysterie findet. Die musculäre Uebererregbarkeit, die durch eine sensitiv-sensorielle Erregung (Licht oder Schall) hervorgebracht wird, kann bei ermüdeten Individuen in ähnlichem Grade wie bei der Hysterie sich darstellen. Die Associationen der Muskelbewegungen und die parallelen Contractionen finden sich in beiden Fällen gleich entwickelt in der Weise, dass mit Rücksicht auf die somatischen Erscheinungen, die man mit dem Dynamo- oder Ergographen von Mosso aufzeichnen kann, der Zustand der Ermüdung sich merklich dem hysterischen Zustande nähert.

Holtermann.

Inhalt des Dezember-Heftes.

I. Original-Vereinsberichte.

II. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

5. Bibliographie.

Nro. 432) Wold. Gerlach, Untersuchungen über die Unabhängigkeit der Bildung anästhetischer Hautflecke.

Nro. 433) O. Rosenbach, Ueber psychische Therapie innerer Krankheiten.

Nro. 434) Frederik Batemann, Ueber Aphasie oder Sprachverlust und die Localisation des articulirten Sprachvermögens.

Nro. 435) H. Oppenheim, Zur Kenntniss der syphilitischen Erkrankungen des centralen Nervensystems.

B. Psychiatrie.

1. Pathologie.

Nro. 436) Wildermuth, Ueber epileptisches Irresein.

Nro. 437) H. Dedichen, Acut - primär-puerperale Demens.

2. Therapie.

Nro. 438) T. S. Clonston, On the use of Hypnotics, Sedatives and Motor depressants in the treatement of Mental disease.

Nro. 439) Cas. G. Wagner, Ein Fall von Trepanation bei progressiver Paralyse.

C. Degenerations - Theorie und Criminalistik.

Nro. 440) von Krafft-Ebing, Mord, Schwachsinn. Menstruales periodisches Irresein, Paranoia.

Nro. 441) v. Krafft-Ebing, Gefährliche Drohung. Paranoia persecutoria.

III. Aus den Gesellschafts- und Vereins-Verhandlungen.

I. Premier Congrès National d'alienation mentale de Rouen. 5.—8. August 1890.

Nro. 442) Lailler, Considération sur l'urine dans la paralyse générale.

Nro. 443) Saury, Observation de Cocaïnisme.

Nro. 444) Mordret, Sur l'atrophie thyroidienne chez les idiots.

Nro. 445) Bourneville, Ueber Idiotie mit Myxödem.

Nro. 446) Voisin et Harant, Untersuchungen über den Urin in prolongirten lethargischen Zuständen.

Nro. 447) Voisin, Sur l'aide, que le chloroforme à très petit dose, apporte à la production du sommeil hypnotique.

Nro. 448) Gaurau, L'observation d'un cas de guérison de folie à la suite d'une opération de cataracte.

Nro. 449) Séglas et Sollier, Folie puerpérale Amnésie, Astasie et Abasie; idées délirantes communiquées.

Nro. 450) Charpentier, Sur les démences précoces.

Nro. 451) Rouillard, Sur la statistique et le fonctionnement de Clinique de l'asile Sainte Anne.

Nro. 452) Giraud, Sur la modification à apporter à la nouvelle législation sur les aliénes.

Nro. 453) Brunel, La création d'asiles spéciaux pour les aliénes criminels.

Nro. 454) Cullerre, Note sur la paralysie générale conjugale.

Nro. 455) Duboisson, Sur la folie traumatique.

Nro. 456) Dubuisson, Präparate eines Falles von Porencephalie.

Nro. 457) Sollier, Unterschiede zwischen echter und Pseudoporencephalie.

Nro. 458) Dansac, Pseudoporencephalie mit statistischer infantiler rechtsseitiger Hemiplegie.

Nro. 459) Bayol, Sur la Folie dans les prisons.

Nro. 460) Boucher, Sur un cas de trepanation tardive dans un cas d'épilepsie Jacksonniènne.

Nro. 461) Boucher, Observation d'une forme spéciale d'obsession chez une héréditaire.

Nro. 462) Doutrebente, Fälle von allgemeiner Paralyse die gebessert wurden durch ein specifisches Regimen.

Nro. 463) Coste de Lagrave, Sur l'autosuggestion cause d'hysterie.

II. Société de Therapeutic.

Nro. 464) Bilhaut, Ueber Chloralamid.

III. Société de Chirurgie.

Nro. 465) Terillon, Fall von heftiger Contusion des Schädels ohne äussere Wunde.

IV. Congrès des sociétés savantes.

Nro. 466) Moreau, Ueber Folie carbonique.

V. Société médicale des Hôpitaux.

Nro. 467) Huchard, Ueber Albuminurie bei Morphinisten.

Nro. 468) Ballet, Ueber hysterische Amyotrophie.

Nro. 469) Féréol, Ueber hysterische Muskelatrophie.

Nro. 470) Raymond, Sydenham'sche Chorea mit Muskelatrophie.

Nro. 471) Fernet, Geistesstörung bei purulenter Pleuritis.

VI. Société de médecine légale.

Nro. 472) Motet, Ueber einen Fall von Arsenvergiftung.

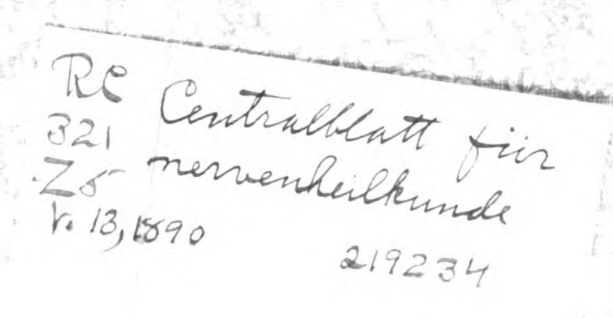
VII. Société de Biologie.

Nro. 473) Brown-Séquard, Ueber ausgedehnte subpleurale Hämorrhagien in Folge Läsion des Centralnervensystems.

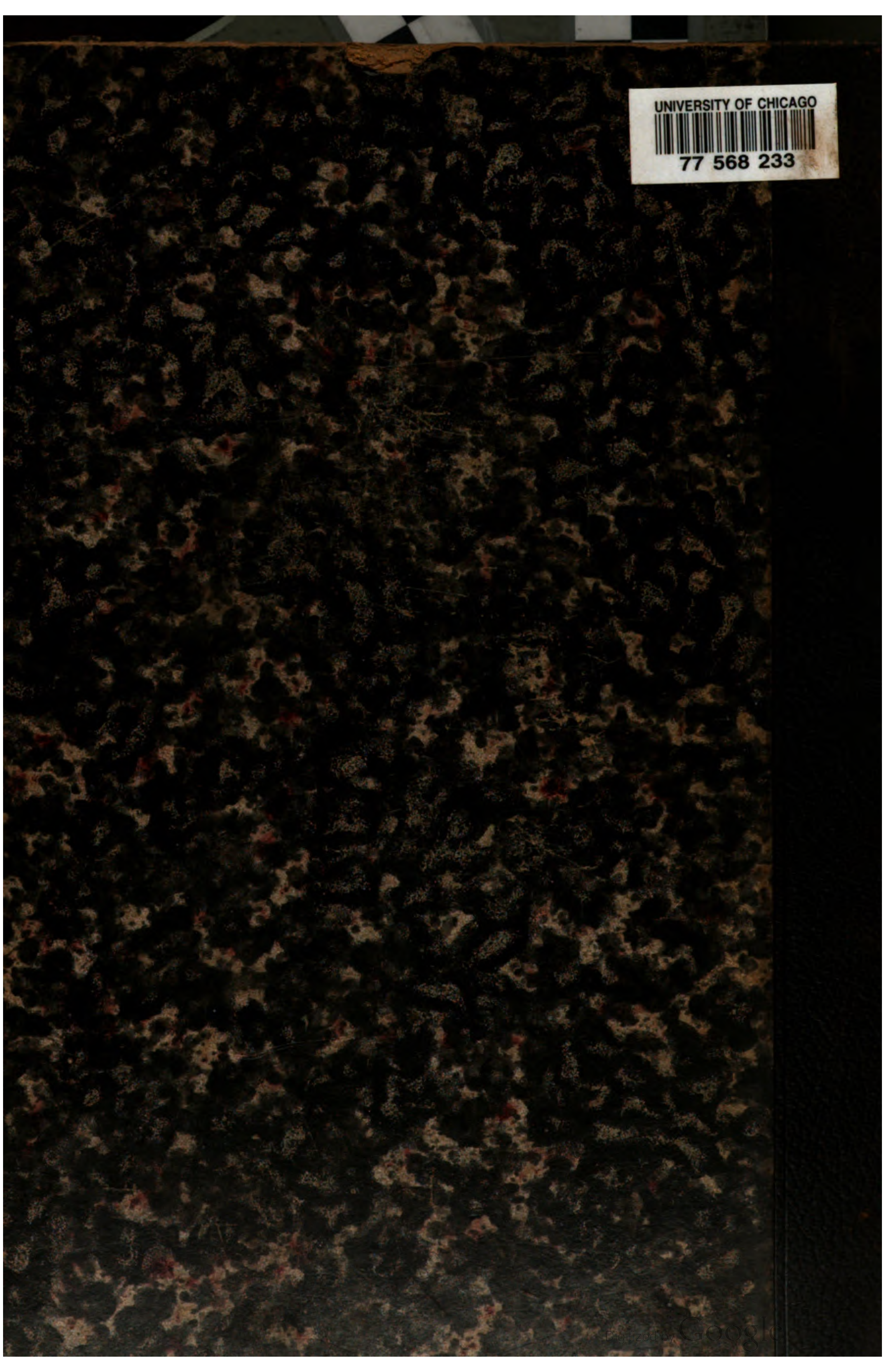
Nro. 474) Duval, Ueber die inhibitorische Wirkung eines psychischen Centrums auf das andere.

Nro. 475) Féré, Ueber die Wirkung des Bromkali bei Epileptikern.

Nro. 476) Féré, Ermüdung und experimentelle Hysterie, Versuch einer physiologischen Theorie der Hysterie.




G. E. STECHERT
& Co.
NEW YORK


UNIVERSITY OF CHICAGO
77 568 233